

Alexandra Paula Costa Freitas

## ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS

Perspectiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários  
da Região Autónoma da Madeira

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em  
Ciências de Enfermagem submetida ao  
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

**Orientador:**

**Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins**

Doutorada em Ciências de Enfermagem



*Diz-me que instrumentos tu utilizas raramente, frequentemente,  
a maior parte das vezes ou nunca para prestar cuidados  
e eu te direi que cuidados tu prestas.*

Marie-Françoise Collière (1982)



## Siglas

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DL – Decreto-lei

DLR – Decreto Legislativo Regional

DR – Decreto Regional

DRR – Decreto Regulamentar Regional

CS – Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

IAEF – Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias

ICN – *International Council of Nurses*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEEF - Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias

PPEF – Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias

RAM – Região Autónoma da Madeira

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UNICEF - *United Nations Children's Fund*



## **AGRADECIMENTOS**

Queremos, de uma maneira muito sincera, expressar o nosso agradecimento a todas as pessoas que foram, de igual modo, peças fundamentais na concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Manuela Martins, enquanto minha orientadora, por toda a colaboração, apoio e clarificação fundamental para a conclusão deste trabalho.

À minha amiga, Maria João Rodrigues, pelo seu afecto, incentivo diário, opinião sempre crítica, disponibilidade permanente e suporte no tratamento estatístico dos dados.

À Cristina, à Marta e à Doroteia pela amizade e por toda a colaboração, incentivo, apoio e dedicação.

Ao Dr. José Manuel, pela sua disponibilidade na ajuda do tratamento estatístico dos dados.

À Direcção de Enfermagem, Chefes e Supervisoras dos Cuidados de Saúde Primários da RAM por todo o apoio e disponibilidade demonstradas.

Aos profissionais de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários da RAM pela sua imprescindível participação no estudo.

Finalmente, e de forma muito especial, ao meu marido e filhos, por todo o carinho, incentivo e apoio que ao longo destes anos me dispensaram.

O meu sincero obrigado!



## RESUMO

As famílias têm sido objecto de especial atenção nos últimos tempos em diversas áreas científicas. A Enfermagem, não sendo excepção, assumiu a importância de promover o Enfermeiro de Família, como forma de melhorar a qualidade dos cuidados, devendo este profissional desenvolver a sua actividade integrado numa equipa multidisciplinar, dirigindo-se à família ao longo do seu desenvolvimento necessitando, para tal, de dispensar muito tempo no seu domicílio.

Deste modo, este estudo, do tipo descritivo e exploratório, teve como principal objectivo conhecer a Percepção dos Enfermeiros sobre a Enfermagem com Famílias (PEEF), em duas dimensões: a Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias (sub-escala PPEF) e a Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias (sub-escala IAEF). Sendo que os valores

A população alvo foi o universo dos enfermeiros na prestação directa de cuidados e/ou na gestão a exercer funções nos Centros de Saúde da Região Autónoma da Madeira, sendo a população amostral constituída por 372 sujeitos.

Face aos resultados obtidos, conclui-se que:

Os sujeitos em estudo atribuem níveis mais elevados à Importância de uma Enfermagem com Famílias ( $\bar{x}$  IAEF=167.35) comparativamente à percepção da aplicabilidade na prática desta mesma abordagem ( $\bar{x}$  PPEF=119.33).

Existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre as duas sub-escalas.

Os grupos de enfermeiros com licenciatura e mestrado e enfermeiros especialistas, chefes e supervisores atribuem maior importância à Enfermagem com Famílias.

O tipo de formação académica sobre família usufruída pela população amostral tem um efeito estatisticamente significativo nas duas sub-escalas.

Relativamente à concepção dos inquiridos sobre Enfermagem de Família, apenas 24 dos sujeitos a concebem numa perspectiva idêntica à do estudo; 75 identificam-na como uma metodologia de trabalho e 107 como uma das possíveis abordagens alternativas descritas na literatura.

Como factores dificultadores e facilitadores de uma intervenção na família a maioria dos inquiridos aponta as características organizacionais, com destaque para os recursos humanos, seguidos das características da formação, onde se distingue a formação na área da família.



## ABSTRACT

In the last years, families have been the main target of different areas of scientific studies. Nursing is no exception and assumed the importance to promote the Family Nurse to improve nursing care. To do so this nurse must develop his/her activity as a part of a multiprofessional team, being the family the main target across his life development and working in their homes.

Thus, the main goal of this exploratory, descriptive study is to know the Nurse's Perception about Family Nursing (NPFN), in two dimensions: the Perception of Family Nursing Practice (subscale PFNP) and the Importance Assigned to Family Nursing (subscale IAFN).

The sample was comprised of 372 nurses in direct care and/or in the management in the Health Centres of Madeira Island.

Compared with the results we can conclude that:

The nurses attach higher levels at the importance of an approach in Family ( $\bar{x}$  IAEF=167.35) than its applicability in their practice ( $\bar{x}$  PPEF=119.33). .

There is positive significant correlation between both subscales.

The group of nurses with a higher level of education (university and master's degree) and specialized nurses, chiefs and supervisors perceived a greater importance to the Family Nursing.

The curricular formation on family each individual possesses has a significant statistic effect in both subscales.

In the Family Nursing definition of the 328 answers given, only 24 individuals have associated the three context units in survey, 75 mentioned it as a work methodology and 107 as one of the possible approaches in Family Nursing described in the literature.

As barriers and facilitators factors of an intervention in Family, nurses reported the ones associated with the characteristics of the institution where the human resources are the most relevant. Then the importance is given to the characteristics of formation, being the formation in the family area most mentioned.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	21
PARTE I – ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS: O RENASCER DE UM PARADIGMA	
<b>1 - ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS .....</b>	<b>27</b>
1.1 - FAMÍLIAS – EVOLUÇÃO DE CONCEITOS .....	27
1.1.1 - Famílias Contemporâneas Portuguesas .....	37
1.2 - O RENASCER DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS .	39
1.3 - NÍVEIS DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS .....	55
<b>2 - CONTRIBUTOS PARA UMA EFECTIVA ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS .....</b>	<b>61</b>
2.1 – ESTRUTURAS TEÓRICAS DO MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR .....	64
2.2 – PROCESSOS DE ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA .....	70
<b>3 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CONTEXTO PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR .....</b>	<b>95</b>
3.1 - PERCURSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL .....	97
3.2 - PERCURSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA RAM .....	104
PARTE II – ANÁLISE DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS	
<b>1 - METODOLOGIA .....</b>	<b>115</b>
1.1 – CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS .....	115
1.2 – VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	117
1.3 – UNIVERSO E AMOSTRA .....	118
1.3.1 – Características sócio demográficas e sócio profissionais .....	118
1.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	122

1.4.1 – Pré-teste .....	123
1.4.2 - Características Psicométricas .....	125
1.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	137
1.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....	138
<b>2 – ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS – PRÁTICA E IMPORTÂNCIA .....</b>	<b>141</b>
<b>3 – CONCLUSÕES.....</b>	<b>155</b>
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	165
ANEXOS	
Anexo I – Serviços de Saúde na RAM.....	183
Anexo II – Carta dirigida aos juízes para apreciação do instrumento de colheita de dados .....	187
Anexo III – Instrumento de colheita de dados .....	191
Anexo IV – Pedido de autorização e consentimento para aplicação do instrumento de colheita de dados .....	199
Anexo V – Agenda da reunião com a Direcção de Enfermagem, Supervisoras e Chefes dos CSP.....	205
Anexo VI – Carta endereçada aos Chefes dos Centros de Saúde .....	209
Anexo VII – Carta introdutória ao instrumento de colheita de dados .....	213
Anexo VIII – Diferenças das estatísticas, resultantes da análise das variáveis com e sem outliers.....	217
Anexo IX – Distribuição das variáveis em estudo .....	221
Anexo X – Tabelas das frequências conjuntas da PPEF e da IAEF .....	225

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Ciclo de Saúde e de Doença da Família.....	53
Figura 2 - Contexto da Enfermagem de Família.....	54
Figura 3 - Fontes Conceptuais das Teorias de Enfermagem de Família .....	62
Figura 4 - Processo contínuo da comunicação bidirecional na interação entre a família e o enfermeiro .....	75
Figura 5 - Diagrama do Modelo <i>Calgary</i> de Avaliação Familiar.....	77
Figura 6 – Genograma.....	80
Figura 7 – Ecomapa e respectiva simbologia.....	82
Figura 8 - O Enfermeiro de Saúde Familiar, a Saúde Pública e os Cuidados de Saúde Primários .....	96
Figura 9 - Diagrama da Intercooperação interna entre as Unidades do Centro de Saúde .....	103
Figura 10 - Diagrama de Estudo .....	116

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Características das famílias saudáveis .....	36
Quadro 2 – Foco de atenção da Enfermagem com Famílias, denominação e autores que a recomendam. ....	55
Quadro 3 - Níveis de prática da Enfermagem de Família .....	56
Quadro 4 – Exemplos de Escolas de Enfermagem com abordagem à Família no seu plano curricular.....	58
Quadro 5 - Ideias centrais do pós-modernismo aplicadas à família. ....	65
Quadro 6 - Ideias centrais da teoria dos sistemas aplicadas à família.....	65
Quadro 7 - Ideias centrais da cibernética aplicadas à família. ....	67
Quadro 8 - Ideias centrais da teoria da comunicação aplicadas à família.....	67
Quadro 9 - Ideias centrais da teoria da mudança aplicadas à família. ....	68
Quadro 10 - Ideias centrais da biologia da cognição aplicadas à família. ....	70
Quadro 11 - Ciclo Vital de Duvall relacionado com preocupações/necessidades em saúde. ....	84
Quadro 12 – Comparação dos itens com correlações elevadas .....	125
Quadro 13 - Valores próprios e variância explicada da PEEF .....	130
Quadro 14 – Estrutura factorial da PEEF .....	131
Quadro 15 - Valores próprios e variância explicada da Prática e da Importância .....	132
Quadro 16 – Consistência interna da PPEF e da IAEF.....	134
Quadro 17 – Correlação item-restante da PPEF .....	135
Quadro 18 – Correlação item-restante da IAEF.....	135
Quadro 19 – Estabilidade temporal da PPEF e da IAEF.....	136
Quadro 20 – Teste à igualdade de proporções nos grupos extremos para a PPEF e a IAEF .....	145

Quadro 21 – Correlação entre a PPEF e a IAEF.....	146
Quadro 22 – Correlações das sub-escalas com a idade e o tempo de exercício nos CSP .....	146
Quadro 23 – Diferenças entre as sub-escalas e o sexo, habilitações académicas e categoria profissional.....	147
Quadro 24 - Diferença entre a PPEF e a IAEF e a formação académica sobre família..	148
Quadro 25 – Significação da Enfermagem de Família .....	150
Quadro 26 - Factores dificultadores de uma Enfermagem com Famílias .....	151
Quadro 27 - Factores facilitadores de uma Enfermagem com Famílias .....	153

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1– Grupo etário e sexo .....	119
Tabela 2– Categoria profissional e tempo de exercício na categoria.....	119
Tabela 3- Concelho onde desempenham funções, área funcional, tempo de exercício nos CSP e habilitações académicas.....	120
Tabela 4 - Formação especializada.....	121
Tabela 5 - Formação académica com conteúdos da família.....	122
Tabela 6 – Médias e desvios padrão da PPEF .....	142
Tabela 7 – Médias e desvios padrão da IAEF .....	142
Tabela 8 – Grupos extremos da PPEF e da IAEF .....	145

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – <i>Scree Plot</i> dos valores próprios da PEEF .....	130
Gráfico 2 – Respostas alternativas à PPEF e à IAEF.....	144
Gráfico 3 - Conceptualização da Enfermagem de Família .....	150



## INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Constituição da República Portuguesa reconhecem que a família constitui uma célula fundamental de valor inalienável da sociedade. Esta opinião foi recentemente reforçada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 - 100 Compromissos para uma Política de Família.

A família, percebida como um sistema e reconhecida como um espaço privilegiado de realização pessoal e de desenvolvimento moral e social, bem como o meio, por excelência, de transmissão de valores potenciadores de saúde, de solidariedade, de justiça e de cidadania, impõe ao poder político a promoção de uma política integrada da família, a que a Enfermagem não é alheia.

Hanson (2005), refere mesmo que a enfermagem de família tem a sua origem na pré-história. No entanto, e após um interregno que correspondeu a uma mentalidade individualista nas forças sociais e ideológicas, a Enfermagem retoma actualmente esta verdade assumindo novas proporções com o ímpeto alcançado na Conferência Interministerial de Munique organizada pela Região Europeia da OMS, com a temática “O Enfermeiro de Família”. Esta, foi um marco histórico para a enfermagem europeia, uma vez que os Enfermeiros são reconhecidos como um recurso fundamental para a mudança, nomeadamente no papel que podem desenvolver na intervenção na comunidade, centrada na família.

Os cuidados de enfermagem dirigidos à família foram ainda objecto de uma recomendação na Conferência Europeia sobre Cuidados de Enfermagem em 1988. Passada uma década, a OMS, no quadro actual das políticas de saúde – SAÚDE 21 – introduz o conceito de um novo tipo de enfermeiro, o Enfermeiro de Saúde Familiar. Esta Organização considera que este profissional contribuirá para atingir os 21 objectivos traçados nas políticas para o século vinte e um, trabalhando no seio de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde.

A reestruturação dos cuidados de saúde e o movimento no sentido de diminuir o período de hospitalização expandiram e ampliaram a prática de enfermagem com base na família. O incentivo para cuidados ambulatoriais e para uma rede de suporte mais ampla e flexível na assistência a portadores de doenças crónicas, são também exemplos de mudanças que têm exigido a inclusão da família no plano de cuidados.

Na verdade, o contexto actual de assistência caracteriza-se pela carência de reforçar e/ou efectuar algumas mudanças na nossa maneira de pensar e praticar os cuidados de saúde, colocando a família e a comunidade no centro da nossa intervenção.

Estas demandas levam-nos a reconhecer a importância do aprofundamento e/ou aquisição de conhecimentos e habilidades de intervenção, a fim de que possamos assistir as famílias numa perspectiva sistémica, quer para promover a saúde, através do ensino de estilos de vida saudáveis, quer para promover o autocuidado no *sentido de diminuir ou aliviar os sofrimentos emocionais, físicos e espirituais* (Wright & Leahey, 2002, p. 173) da doença. Deste modo, é exigido aos enfermeiros saberes desenvolvidos em áreas específicas e afins à enfermagem, de maneira a incorporá-los numa abordagem de família. Só assim poderemos desenvolver uma prática confiável garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Face a isto, e porque durante dez anos desenvolvemos a nossa prática profissional em meio comunitário, experimentamos uma certa inquietação quanto ao estágio em que se encontram os Enfermeiros de Saúde Comunitária da Região Autónoma da Madeira (RAM), no que concerne aos cuidados de enfermagem com as famílias. Surgem-nos, assim, as seguintes questões que suportam este estudo:

- Qual a percepção dos Enfermeiros sobre a abordagem da Enfermagem com Famílias?
- Que factores sócio demográficos e profissionais influenciam a percepção dos Enfermeiros sobre a Enfermagem com Famílias?
- Qual o significado que os Enfermeiros atribuem à Enfermagem de Família?
- Que factores facilitadores e dificultadores identificam os Enfermeiros para a prática da Enfermagem com Famílias?

Ao pretendermos estudar a percepção, percebida como *um acto primitivo e imediato, ou seja, não intelectual e não reflexo, objectivo* (Morujão, 1992, p. 54), que esta população possui da prática diária neste paradigma e a importância que lhe atribui, temos como finalidade contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem com Famílias.

Como objectivos específicos deste estudo, pretendemos:

- Identificar a percepção da prática profissional junto das famílias e a importância que os enfermeiros atribuem a essa mesma prática;
- Comparar a percepção da prática profissional junto das famílias e a importância que lhe atribuem;
- Relacionar as características sócio demográficas e sócio profissionais dos enfermeiros com a percepção da prática profissional desenvolvida junto das famílias e a importância que atribuem a essa mesma prática;

- Identificar a concepção de Enfermagem de Família que os enfermeiros possuem;
- Identificar factores que os enfermeiros consideram dificultadores e facilitadores de uma prática profissional junto das famílias;

Face a estes objectivos, julgámos pertinente desenvolver um estudo descritivo e exploratório acerca da percepção dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários a exercer funções nos Centros de Saúde da RAM sobre a prática e a importância atribuída a uma Enfermagem com Famílias.

Ao identificarmos lacunas existentes na prática e na importância que os enfermeiros atribuem a uma Enfermagem com Famílias poderão ser desenvolvidas estratégias que possam minimizá-las, ou mesmo colmatá-las, como forma de aproximar a teoria à prática desenvolvida por estes profissionais.



PARTE I

ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS: O RENASCER DE UM PARADIGMA



## **1. ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS**

A opção pela denominação deste capítulo, em substituição de Enfermagem de Família ou mesmo, Enfermagem de Saúde Familiar, surge-nos após uma reflexão da leitura efectuada à obra *Os Sete Pecados da Família* (1998), de Antoine Alaméda. O autor, no seu prólogo, faz uma análise entre duas expressões: *terapia familiar* e *terapia com as famílias*, considerando que a segunda *imprime uma dinâmica relacional completamente diferente* (p. 9).

Também na área da enfermagem, várias têm sido as denominações atribuídas ao envolvimento das famílias nos cuidados de saúde – Cuidado Centrado na Família, Enfermagem de Promoção da Saúde Familiar, Enfermagem das Famílias, entre outros.

Somos de opinião que estes, e outros debates em torno desta temática, têm fundamento, corroborando para que, de uma forma consolidada se obtenha uma maior unanimidade em torno desta área e encontremos a melhor terminologia que transmita claramente a ideia de um relacionamento colaborativo, e não hierárquico, entre os dois intervenientes em todo este processo. As expressões *Enfermagem e Famílias* ou *Enfermagem com Famílias* parecem transmitir de uma forma mais clara este tipo de relacionamento, cooperativo terapêutico, indispensável para atingir as metas a que ambos, enfermeiros e famílias, se propuseram.

Deste modo é de todo o interesse explicar alguns conceitos que serão primordiais para entender a analogia actualmente revigorada e reconhecida entre o processo de saúde/doença, família e enfermagem.

### **1.1 - FAMÍLIAS – EVOLUÇÃO DE CONCEITOS**

O facto de termos crescido e evoluído no seio de uma família levou-nos à criação de uma percepção, muito própria, sobre a mesma, que se revela insuficiente para uma abordagem profissional a estes grupos. Na realidade, este factor poderá ter um efeito contrário pois incitará ao equívoco de transpormos, para as restantes famílias, uma única conotação destas unidades. Como técnicos de saúde esta visão reducionista não favorece a nossa relação com estes grupos, pelo que, tal como nos refere Jones (2004),

a adopção do termo *famílias*, em substituição de *família*, será facilitadora de uma compreensão mais abrangente das mesmas, reconhecendo a diversidade que cada vez é maior nestes grupos, salvaguardando, desta forma, a formulação de juízos de valor acerca dos mesmos.

Se iniciarmos por nos questionarmos quanto à razão da sua existência e que propósitos servem, ou seja, que funções tem a família? São várias as perspectivas encontradas, porém, poderíamos simplificá-las ao referir Friedman *et al* (2003) que consideram a sua função básica a *satisfação das necessidades dos seus membros e da sociedade em geral* (p. 92).

Em concordância, Ballard (2005), apresenta-nos uma abordagem das funções familiares, baseada na complexidade das interações entre a família e outras instituições sociais, defendendo que as funções das famílias americanas, e que em nosso entender poderão ser adaptadas à realidade das famílias portuguesas, deverão ser analisadas a dois níveis, que designa de *micro* e *macroníveis* (p. 90). Estas duas abordagens distinguem-se pelas respostas dadas às necessidades internas da família, enquanto unidade, e pelas respostas dadas às expectativas da sociedade.

Assim, ao micronível, as famílias têm de satisfazer os seguintes pré-requisitos funcionais:

- a *adaptação* ao meio interno e externo são funções que exigem a aquisição de recursos, capacidades e motivação. Estas, quando não são executadas com sucesso, colocam os *membros da família em perigo físico e levam à ruptura da família como um sistema social* (p.91);
- na *realização de objectivos*, devem ser definidos e identificados os meios para atingi-los, obrigando a um compromisso e motivação de todos os membros da família. Estes objectivos podem ser deduzidos pelas acções dos elementos da família ou, essas mesmas acções, serem discordantes dos objectivos ambicionados;
- a *integração* é facilitadora da aquisição da coesão, da solidariedade e da identidade, possibilitando a manutenção de relações próximas entre os elementos da família;
- na *manutenção de padrões e o controlo da tensão*, intimamente relacionados com os valores que orientam as actividades familiares, obrigam à existência de alguma flexibilidade, face às situações inesperadas e às alterações correspondentes ao desenvolvimento natural da família.

Já ao macronível, a autora descreve as seguintes funções:

- a *económica* que corresponde aos meios materiais, de sobrevivência e de conforto, necessários para garantir muitas das outras funções inerentes à família.

Se antigamente a família era considerada uma unidade de produção, actualmente é perspectivada mais como uma unidade de consumo;

- a de *reprodução*, antigamente considerada a função primária das famílias, como forma de controlar e garantir a manutenção e expansão do grupo familiar.
- a *sociação dos filhos*, que permite a transmissão de uma cultura entre as gerações e a aquisição e desenvolvimento, por parte da criança, de competências sociais e psicológicas para assumirem o seu lugar na hierarquia social;
- a *estabilização de personalidades adultas*, intimamente relacionada com a área afectiva e da manutenção da personalidade, diz respeito ao papel desempenhado pela família ao assistir emocionalmente os seus membros adultos.

Friedman *et al* (2003) apresentam-nos uma adaptação da descrição das funções familiares apresentadas por vários teóricos, agrupando-as em função afectiva, de socialização, reprodutiva, económica e de cuidados de saúde.

Por tudo isto, parece-nos vantajoso, senão mesmo imprescindível, continuar a elaborar algumas considerações sobre o que a palavra família poderá significar, pois, parecendo uma questão com resposta óbvia, esta aúfere diferentes refutações, não só concordantes com a cultura como também resultantes da prática e da investigação desenvolvidas em torno deste tema ao longo dos tempos.

Mesmo ao nível das diferentes disciplinas, tal como nos refere Hanson (2005), a família reproduz imagens divergentes de acordo com os aspectos que são valorizados nas variadas áreas de estudo: na legal é dado realce aos laços sanguíneos, adopção, tutela ou casamento; na biológica, às redes genéticas; na sociológica, aos grupos de pessoas que vivem juntas; e na psicológica, aos grupos com fortes laços emocionais.

Mas se isto é verdade, não é menos verdade que as diferentes definições de família são reflexo de uma sociedade em constante mutação. Na realidade, as famílias são uma área de estudo cada vez mais complexa, na qual tem havido um grande investimento nos últimos tempos, na medida em que, não podendo viver isoladas do vasto sistema de que fazem parte, influenciando-se mutuamente, têm acompanhado as alterações sócio-culturais, modificando a sua estrutura, função e processo.

Deste modo, seria impensável analisá-las separadamente do sistema maior de que fazem parte, ou mesmo, da sua história.

Num estádio em que imperou uma mentalidade individualista nas forças sociais e ideológicas, também na área da saúde, o indivíduo foi eleito como centro de todas as atenções, relegando a instituição familiar e, principalmente, os aspectos relacionais da mesma para segundo plano.

Esta constatação é facilmente identificável na definição de Burgess e Locke (1953), os primeiros teóricos da ciência social da família, referenciados por Hanson (2005) e que enaltecem os aspectos legais e de consanguinidade ao referenciá-la como *um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue ou adopção, constituindo um único lar; interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã; criando e mantendo uma cultura comum* (p. 6).

Esta concepção de família foi, durante algum tempo adoptada pela enfermagem.

Actualmente o *International Council of Nurses* (ICN), para além de assumir de um modo mais veemente a família como alvo de diagnósticos e intervenções de enfermagem, interpreta-a como

*um grupo com características específicas: grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da 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 sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.* (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, p.171).

Reconhece-se nesta concepção uma maior abertura ao exterior, que Minuchin e Fishman (2003) reforçam ao considerarem as famílias como *subsistemas de unidades mais amplas – a família extensa, a vizinhança, a sociedade como um todo* (p.25).

São ainda valorizados outros aspectos, para além da consanguinidade e da unidade de convívio, que tornam os limites de identidade e pertença ao grupo familiar mais amplos, ostentando uma maior adaptabilidade às famílias contemporâneas, ao aceitar outras formas familiares que não as tradicionais – família extensa e nuclear, fortemente relacionadas aos laços biológicos.

É certo que estas famílias, até há pouco consideradas como normativas, tendem a deixar de ser as predominantes, pelo que, hoje são reconhecidas, com a mesma viabilidade, uma grande variedade de formas de famílias com características próprias, tais como as homossexuais, adoptivas, binucleares, monoparentais, reconstituídas, entre outras, fundamentadas nos vínculos psicossociológicos e na estrutura.

Presentemente, esta valorização da relação e da organização destas entidades, principalmente nas ciências da natureza e sociais, é muito mais abrangente pois adopta uma abordagem sistémica versus um pensamento linear existente até então. Esta alteração na concepção das famílias teve por base a *Teoria Geral dos Sistemas*, do biólogo Von Bertalanffy, apresentada como a *teoria geral da organização das partes em todos*, baseada num conjunto de proposições matemáticas sobre as propriedades do sistema onde o explicava como um *complexo de elementos interactivos* (Barker, 2000, p.

39), distinguindo ainda um *sistema fechado*, onde não acontece interacção com o ambiente envolvente e um *sistema aberto*, onde estas interacções são contempladas.

Segundo Jones (2004), as características dos sistemas abertos podem ser simplificadas em *totalidade, feedback e equifinalidade*.

A *totalidade*, também denominada de *globalidade*, tem a ver com o facto de que o todo é diferente da soma das partes. Ou seja, define-se como totalidade o facto de qualquer sistema, uma vez constituído, revelar novas propriedades que as suas partes não apresentavam, resultantes da *inter-relação e interdependência dos comportamentos de todos os elementos da família* (Jones, 2004, p. 33).

O *feedback*, altamente relacionado com a visão de causalidade circular, é importante para assegurar o equilíbrio e continuidade do sistema, pressupondo que, para tal, um sistema terá de ampliar ou inibir os seus padrões de resposta à informação dos elementos ou do ambiente.

Por fim, a *equifinalidade*, corresponde à capacidade de os sistemas poderem, em virtude da sua organização e diversidade dos elementos, atingir o mesmo objectivo por vias diversas, revelando uma persistência nestes objectivos apesar das várias perturbações externas.

A mesma autora descreve, de uma forma muito simples, um sistema como *um grupo de elementos em interacção uns com os outros, ao longo do tempo, de tal forma que os seus padrões circulares de interacção formam um contexto estável, tanto para o funcionamento mútuo como para o individual; a interacção com elementos externos exercerá uma influência mútua proporcional ao grau de abertura do sistema* (2004, p. 32).

Nesta abordagem, são notórias as ideias sistémicas de causalidade circular, do princípio hologramático e de interacção com o ambiente onde estão incluídos outros sistemas, característica de um sistema aberto, com consequentes e constantes trocas materiais, energéticas e de informação. Estes aspectos conduzem-nos à necessidade de clarificar estes conceitos.

A extrapolação da causalidade circular de um sistema mecânico para as interacções nos sistemas humanos, permitem-nos perceber que o comportamento de um primeiro indivíduo (A) terá repercussões no comportamento de um segundo indivíduo (B), que por sua vez terá reflexo no comportamento seguinte do primeiro (A), podendo esse comportamento se manter ou se alterar, concordantemente com o comportamento do segundo indivíduo (B).

A ideia de que um *sistema pode ser descrito como um subsistema mais vasto ou, pode, ele próprio, ser subdividido em subsistemas* (Jones, 2004, p. 32), é arrebatada para a família ao considerarmos que esta faz parte de vários sistemas mais amplos (família alargada, bairro, comunidade religiosa, ...) e é composta por vários indivíduos, ou grupos

de indivíduos, que funcionam como subsistemas (parental, conjugal, filial, ...); subsistemas esses, que por sua vez são constituídos por outros subsistemas (indivíduo composto pelos subsistemas físico, psicológico, espiritual, ...). Assume-se então que cada pessoa faz parte integrante e participa em vários sistemas e/ou subsistemas. Somos então, simultaneamente, *um todo e uma parte*, levando a reconhecer o *princípio hologramático*, ou seja, que o que *adquirimos como conhecimento das partes reaparece no todo e o que conhecemos sobre as qualidades emergentes do todo, ... reaparece nas partes* (Alarcão, 2000, p. 48).

Desta compreensão da família sucede a significação de *fronteira* ou *limite* de um sistema (ou subsistema), correspondente a uma linha imaginária envolvendo os limites físicos, emocionais, psicológicos, espirituais, ..., que o delimita do seu meio envolvente, permitindo a sua diferenciação e caracterização, através da identificação dos elementos que o compõem, das suas funções, papéis, normas, estatutos e expectativas.

Barker (2000) considera três tipologias de fronteiras: as impermeáveis, que resultam num forte isolamento, dificultando a comunicação e compreensão mútua; as altamente permeáveis, levando a uma excessiva susceptibilidade a acontecimentos e mudanças, comprometendo a diferenciação destes subsistemas e, por fim, as semipermeáveis, que permitem a diferenciação dos subsistemas através da troca de alguns aspectos, caracterizando os limites de um sistema aberto que mantém a sua integridade.

Minuchin (1979) fala-nos destes limites referindo-se a limites rígidos, difusos e claros, como forma de caracterizar e tipificar as famílias quanto ao tipo de limites identificados no interior e para o exterior familiar.

Para o autor aos limites rígidos entre os subsistemas familiares, característicos de uma comunicação dificultada, funcionalidade individualista, papéis parentais instáveis e protecção familiar diminuída, corresponde um limite difuso com o exterior, uma vez que os jovens não foram adequadamente socializados e são prematuramente depositos na vida social. Estes aspectos descrevem as famílias desmembradas.

Por outro lado, às famílias com limites difusos entre os subsistemas que a compõem, correspondem as famílias denominadas de emaranhadas. Estas apresentam-se muito fechadas sobre si, ostentando uma reduzida diferenciação entre os seus membros, subsistemas e até entre gerações. Este movimento centrípeto exagerado, dificultador da capacidade de adaptação e de autonomia, repercute-se em limites rígidos estabelecidos com o exterior.

A definição e identificação destes funcionamentos extremos não pretendem caracterizar a família quanto à sua qualidade, uma vez que estas se encontram num *continuu* entre estes opostos, podendo apresentar ao longo do seu desenvolvimento

períodos de maior emaranhamento ou desmembramento e ainda, coexistir numa mesma família, diferentes limites entre os vários sistemas ou membros da família (Alarcão, 2000).

As ideias basilares de um sistema e de um sistema aberto são evidenciadas na interpretação de família de Duhamel (1995), ao considerá-la como um sistema subdividido em subsistemas e ainda um subsistema de um sistema mais vasto, acarretando a importância de atender às relações entre os membros da família e desta com o exterior, considerando a influência recíproca daí resultante, aquando de uma abordagem de enfermagem a estas unidades.

Segundo Barker (2000), e em forma de síntese, as ideias e conceitos que a teoria dos sistemas trouxe à abordagem das famílias, podem ser sintetizadas da seguinte maneira:

- *as famílias são sistemas com propriedades que são mais do que a soma das propriedades das partes;*
- *o funcionamento desses sistemas é regulado por determinadas regras gerais;*
- *cada sistema tem uma fronteira cujas propriedades são importantes para a compreensão da sua forma de funcionamento;*
- *as fronteiras são semipermeáveis ...;*
- *os sistemas familiares tendem a alcançar estados de relativa mas não de total estabilidade. O crescimento e evolução são possíveis e, na realidade, habituais. A mudança pode ocorrer ou ser estimulada de várias maneiras.*
- *os mecanismos de feedback entre as partes do sistema são importantes para o funcionamento do sistema;*
- *acontecimentos como o comportamento dos indivíduos numa família são mais bem compreendidos como exemplos de uma causalidade circular do que se se considerarem baseados numa causalidade linear;*
- *tal como outros sistemas abertos, os sistemas familiares parecem ter objectivos;*
- *os sistemas são construídos por subsistemas e são, eles próprios, partes de supra-sistemas maiores (p. 40 e 41).*

Esta nova maneira de pensar a família estimulou uma transformação na prática das ciências sociais e na investigação. Se até agora era dada ênfase ao estudo sobre os indivíduos, em vez da família como um todo, actualmente são mais valorizadas as interacções familiares, quer entre os membros que a compõem, quer com os sistemas exteriores, que incluem pessoas e grupos (amigos, colegas, comunidade) e ainda contextos (acontecimentos exteriores de que são exemplos a guerra, catástrofes, crises económicas).

Perante tanta diversidade de concepções de família será importante mencionarmos Stuart (1991) que conclui existirem cinco atributos para o conceito de família:

- *a família é um sistema social ou unidade que se auto-define pelos seus membros e que não é constante, isto é, modificações e desenvolvimentos são inerentes;*
- *os membros podem ser ou não relacionados por nascimento, adopção ou casamento e podem ou não viver debaixo do mesmo tecto;*
- *a unidade pode ter ou não crianças dependentes;*
- *deve existir compromisso e laços entre os membros, que se desenvolvem ao mesmo tempo e que tenham noções sobre obrigações futuras;*
- *a unidade transporta o afecto, a protecção e a socialização dos seus membros incluindo o providenciamento da primeira fonte para as crianças para aprender os valores culturais" (pág. 32).*

Mas, se todos estes aspectos foram enunciados deve-se ao facto de acreditarmos que são importantes para perceber como é actualmente concebida a família ajudando-nos na prática enquanto enfermeiros. Assim, e nesse estatuto, não podemos deixar de fazer menção a Wright e Leahey que dão ênfase à determinação de que *a família é o que os seus membros dizem que são*, reconhecendo que com esta definição sempre presente, *os enfermeiros podem respeitar as ideias dos membros individuais da família no que diz respeito aos relacionamentos significativos e às experiências de saúde e doença* (2002, p. 68).

Toda esta complexidade encontrada na significação de família transporta-nos para uma não menos complexa identificação das famílias consideradas saudáveis, ampliada quando se tenta identificar a fronteira entre a família saudável e a família doente. Porém, e segundo Barker (2000), a adopção destes conceitos é útil e imprescindível, para os profissionais que trabalham com estes grupos.

Friedman *et al* (2003) consideram a significação de saúde familiar ambígua e abstracta e concordante com a disciplina e perspectiva teórica do autor que a interpreta. Bomar acresce que a definição de saúde familiar pode derivar da perspectiva teórica, da perspectiva clínica e da das próprias famílias (2004, p. 64).

Relvas (1999) refere-nos, a título de exemplo que, na área da psicologia os teóricos que enaltecem a visão sistémica procuram tipificar as famílias quanto à sua estrutura e interacções, para descrever as *redundâncias observadas entre o aparecimento da patologia e/ou determinada sintomatologia e o tipo de funcionamento da família* (p. 53). Para além das tipologias familiares já anteriormente mencionadas (emaranhadas e desmembradas), a autora apresenta as desenvolvidas por Auloos (1981), baseadas nas tendências para a estabilidade homeostática do sistema familiar, assumindo que esta resulta da tensão entre duas orientações opostas: a morfogénese (tendência para a mudança) e a morfostase (tendência para a manutenção), sendo que o desequilíbrio mais acentuado num dos extremos poderá conduzir à patologia ou à normalização (Relvas, 1999).

Outras tipologias resultantes de escalas de avaliação do funcionamento familiar são também frequentemente utilizadas, de onde distinguimos o modelo Circumplexo de Olson, por ser muito habitual na prática clínica e na investigação.

Este modelo, que atende à fase do ciclo vital da família, baseia-se em duas dimensões centrais: a *coesão* e a *adaptabilidade*, e uma terceira considerada menos central, a *comunicação*. A primeira alude aos laços emocionais (vínculos) que os membros da família estabelecem entre si, avaliando assim o grau de separação ou ligação de cada membro à sua família em quatro categorias: desmembrada, separada, ligada e muito ligada. Já a adaptabilidade, considera a capacidade do sistema familiar para a mudança, através da adaptação da sua estrutura, regras e relações, perante situações imprevistas ou de desenvolvimento, ponderando as categorias, rígida, estruturada, flexível e muito flexível.

Da combinação dos produtos obtidos nestas duas dimensões, mais especificamente das oito categorias, surgem três tipologias de família: extremas, com valores extremos para as duas dimensões; médias, com valores médios para uma dimensão e equilibradas, com valores médios para as duas dimensões.

No respeitante à dimensão da comunicação, uma vez que se considera que esta tem uma relação directa com o funcionamento familiar, podemos concluir que quanto *mais elevado for o nível de comunicação melhor será o funcionamento familiar e vice-versa* (Martins, 2002, p. 173).

Também na área da enfermagem, e conforme Friedman *et al* (2003), os autores de enfermagem de família tendem a utilizar nas suas definições uma perspectiva sistémica, onde se assume que a saúde da família difere e ultrapassa a soma do estado de saúde de cada um dos seus membros.

A definição de saúde familiar de Hanson é um exemplo desta abordagem, pois, o autor define-a como *um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar, que inclui os factores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar* (2005, p. 7).

Do mesmo modo o conceito apresentado por Mauksch's (1974), apresenta uma visão para além do indivíduo, ao considerar a saúde familiar como um *estado que reflecte um padrão característico da unidade familiar, que é desenvolvido e emerge no seio da família, abrangendo o conhecimento, atitudes, valores, comportamentos e atribuição de tarefas e funções* (Bomar, 2004, p. 65).

A análise destas definições fazem transparecer a existência de várias dimensões na saúde familiar. Bomar (2004) aborda algumas dessas dimensões ao apresentar a perspectiva de Smith (1983), que sugere quatro modelos de saúde, defendendo que poderão ser usados em simultâneo numa mesma família.

Esses modelos são:

- *Clínico* - Ausência de evidência de doença física, mental ou social, deterioração ou disfunção do sistema familiar.
- *Papel-desempenho* - Habilidade do sistema familiar para, de forma efectiva, executar as funções familiares e realizar as tarefas de desenvolvimento.
- *Adaptativo* - Padrões de interacção familiar com o ambiente caracterizados pela flexibilidade, adaptação eficaz ou habilidade para a mudança e crescimento.
- *“Eudaimonistic”*- Fornecimento contínuo de recursos, orientação e apoio para atingir o nível máximo de bem-estar familiar e potencial ao longo da vida familiar (p. 65).

Anderson e Tomlinson (1992), referenciados pela mesma autora, consideram que ao abordar a saúde familiar é necessário atender a cinco áreas da sua vivência enquanto sistema: interacção, desenvolvimento,  *coping*, integridade e processos de saúde

Poderemos então entender que a avaliação da saúde familiar abrange várias dimensões caracterizadoras das famílias saudáveis, que por sua vez auferem de outras designações, tais como, famílias *energizadas, competentes, resilientes*, concordantes com a perspectiva evidenciada pelos seus autores.

Bomar (2004) oferece-nos uma síntese dessas características, descritas no quadro que se segue.

Quadro 1 – Características das famílias saudáveis.

<b>UNICIDADE</b>	
<b>COMPROMISSO</b>	<b>TEMPO JUNTOS</b>
Desenvolvem um sentido de confiança	Partilham rituais e tradições familiares
Ensinam o respeito pelo outro	Desfrutam da mútua da companhia
Exibem sentido de responsabilidade compartilhada	Partilham os tempos livres
Partilham tempo de qualidade	
<b>FLEXIBILIDADE</b>	
<b>HABILIDADE PARA LIDAR COM O STRESS</b>	<b>BEM-ESTAR ESPIRITUAL</b>
Exibem adaptabilidade	Encorajam a esperança
Encaram a crise como um desafio e uma	Partilham uma crença religiosa
Demonstram abertura à mudança	Ensinam o respeito pelos outros
Crescem em conjunto na crise	Ensinam valores éticos
Procuram ajuda face aos problemas	Respeitam a privacidade de cada membro
<b>COMUNICAÇÃO</b>	
<b>COMUNICAÇÃO POSITIVA</b>	<b>APREÇO E CARINHO</b>
Comunicam e ouvem eficazmente	Cuidam uns dos outros
Fomentam o tempo e a conversa à mesa	Apresentam sentido de humor
Partilham sentimentos	Mantêm relações de amizade
Ostentam atitudes desculpabilizadoras	Respeitam a individualidade dos outros membros
Têm capacidade para concordar e discordar	Têm espírito recreativo – concordam em discordar

Fonte: Bomar, Perri Jane. (2004). *Promoting Health in Families: Applying Research and Theory to Nursing Practice*, p. 66.

É com base nestas ideias que se torna necessário o desenvolvimento e utilização de instrumentos que permitam a avaliação do nível de saúde familiar (posteriormente mencionados), como forma de identificar, não apenas os seus problemas potenciais e/ou reais, como também as competências que a família possui para fazer face aos mesmos, enquadrando-a no seu desenvolvimento normal ou situação imprevista e na cultura em que se insere.

#### 1.1.1 - Famílias Contemporâneas Portuguesas

Mas se temos vindo a referenciar as alterações que têm ocorrido ao nível da estrutura e organização familiar, importa, neste momento, percebermos, de modo sintético, até que ponto estas alterações têm ocorrido nas famílias Portuguesas.

Assim, e de acordo com Wall (2003), as alterações familiares em Portugal, comparativamente com a Europa, têm se efectivado de forma mais lenta, sendo que até ao início da década de noventa, comparativamente aos anos sessenta e setenta, as famílias Portuguesas não apresentavam grandes alterações ao nível da sua estrutura. Porém, na década de noventa começam a surgir alguns indícios de que esta realidade não se manteria por muito mais tempo.

Aboim (2003), com base nos dados dos censos correspondentes ao período compreendido entre 1991 e 2001, refere que no âmbito dos comportamentos conjugais as alterações que mais se destacam são o aumento da idade média do casamento (nos homens e nas mulheres), decréscimo da nupcialidade, aumento da coabitação, aumento dos divórcios e da recomposição familiar. Na área da fecundidade e parentalidade evidenciam-se a descida da fecundidade e aumento da idade média ao nascimento do primeiro filho (nos dois géneros). A autora acresce a estes factores a alteração dos papéis femininos e masculinos e o acréscimo da actividade feminina.

Todas estas condições têm resultado em alterações nos agregados domésticos (co-residência e partilha de uma economia comum), ou seja, estes são actualmente mais pequenos (2,8 indivíduos), havendo decréscimo das famílias complexas e um aumento do número de pessoas a viver sós (famílias unipessoais) nas faixas etárias dos 20 aos 29 anos e dos indivíduos com mais de 65 anos. As famílias nucleares, embora continuem a ser a maioria, sofreram um decréscimo, para dar lugar a um aumento das famílias monoparentais e dos casais sem filhos.

Segundo Guerreiro (2003), os processos e as lógicas que fundamentam as famílias unipessoais são diferentes, concordantemente com a idade dos indivíduos, pelo que, interessa referir que estas são maioritariamente (51%) constituídas por idosos,

basicamente mulheres viúvas. Na população mais jovem, estes são principalmente solteiros, embora exista uma percentagem que *vá experimentado a conjugalidade formal ou informal, com ou sem co-residência* (p. 48), onde também as mulheres surgem em maior número.

No que diz respeito às famílias monoparentais, mantém-se a predominância desta tipologia de famílias de mães sós, com tendência acentuada para uma co-residência em agregados domésticos de famílias complexas, podendo esta situação ser resultante de uma vulnerabilidade económica e/ou residencial (Wall, 2003, p. 64). Esta tipologia familiar é mais notória nas pessoas solteiras, comparativamente às casadas, separadas ou divorciadas, factor que poderá ser resultante do aumento de nascimentos fora do casamento.

Ao referenciarmos a população que vive em casal, a situação de coabitação (sem estarem legalmente casadas) teve um acréscimo muito superior aos das pessoas legalmente casadas. Embora tenha havido um acréscimo no número de casais com filhos e sem filhos e esta última situação continue a ser menor em relação à primeira, foi a que apresentou uma maior variação entre 1991 e 2001, principalmente nos casais de facto (coabitantes). De referir ainda que na maioria das famílias recompostas a distribuição, quanto aos casais casados e coabitantes, é mais equitativa (Ferreira, 2003), embora aconteça uma primazia da coabitação (55,9%).

Ferreira (2003, p. 70 e 71) apresenta uma análise *da presença de filhos nas situações conjugais*, subdividindo as famílias em famílias de um filho, de dois e de três ou mais, tendo chegado às seguintes conclusões:

- *as famílias pequenas (casal com um filho) estão ligeiramente mais representadas nos casais coabitantes (52,5%) e atingem a expressão mais baixa junto dos casais casados recompostos;*
- *os casais recompostos batem o recorde em termos relativos das famílias numerosas, alcançando valores em torno de 40%, com uma ligeira supremacia dos que estão legalmente casados (42,8%);*
- *os casais coabitantes em comparação com o grupo dos casados, estão significativamente mais representados nas famílias numerosas (16,1% contra 10,2%) e mantêm um ligeiro ascendente de dois pontos percentuais nas famílias de um filho, sugerindo uma distribuição mais concentrada nos extremos;*
- *os casais casados, em contrapartida, têm uma representação mais forte nas famílias de dois filhos (39,3%).*

Alude ainda que os casais sem filhos têm uma maior expressividade nos grupos mais jovens e idosos.

No respeitante às famílias complexas (famílias com vários núcleos familiares), embora continuem a apresentar uma percentagem elevada, esta tem vindo a diminuir gradualmente. Esta diminuição é mais acentuada na última década, apresentando ainda uma complexidade doméstica cada vez menor.

Sendo este o quadro actual das famílias Portuguesas, permite-nos perceber algumas alterações manifestas nestas unidades, apontando-nos para outras que poderão surgir ou evidenciar-se nos próximos tempos, uma vez que, segundo Wall (2003) as estruturas domésticas transformam-se muito lentamente, sendo que possível a leitura destas mudanças ao longo de várias décadas.

À Enfermagem importa estar atenta a estudos deste género, como forma de entender melhor as estruturas, organizações e dinâmicas actuais das famílias possibilitando a sua leitura no contexto cultural e antever algumas dificuldades que possam advir das mesmas.

## 1.2 - O RENASCER DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS

A história da Enfermagem com Famílias tornou-se mais manifesta na época de Nightingale com o reconhecimento de que a saúde e a doença evoluem num contexto familiar, porém, e segundo Hanson (2001), esta tem os seus primórdios nos tempos pré-históricos, com o papel assumido pela mulher, não apenas na conservação de um ambiente limpo e seguro nas suas casas, proporcionando, deste modo, a manutenção da saúde e do bem estar dos seus elementos, como também a função, assumida de modo natural, para cuidar dos membros da família doentes.

Presentemente, e de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2003), no que concerne à humanização dos cuidados, *...o enfermeiro assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade* (p. 107).

Inferimos então que o enfermeiro, nas suas intervenções, deverá atender sempre às famílias, tornando-se pois imperioso que obtenha saberes sobre as mesmas.

Mas se no contexto actual não existem muitas interrogações nesta forma de perspectivar a enfermagem, ao longo da nossa história esta realidade nem sempre existiu. Na verdade, como consequência de alterações sociais e da evolução científica e tecnológica da medicina, o aspecto curativo assumiu, durante algum tempo, maior relevância e a institucionalização surgiu como resposta às situações de doença, preterindo as famílias dos cuidados prestados aos seus membros.

Torna-se então inevitável fazer referência a uma breve abordagem histórica da enfermagem, no sentido de melhor contextualizarmos esta actual tomada de posição da Ordem.

Acolhendo ainda que ao longo dos tempos a Enfermagem em Portugal foi-se adaptando ao contexto social, económico e político do nosso país e à evolução tecnológica e científica a nível nacional e mundial, particularmente, à forma como se perspectivava o ser humano, a saúde e a doença (Nunes, 2003), julgámos que é nesta última conjectura que melhor entenderemos toda esta evolução do pensamento e da actual forma de perspectivar e de estar em enfermagem. Esta abordagem obriga a uma associação de aspectos relacionados com o ensino e a carreira de enfermagem.

Assim, ao nível do nosso País, poderíamos principiar com o ensino formal de Enfermagem que surge no século XIX, com a abertura de vários cursos de enfermagem, e posteriormente, de várias escolas de enfermagem, em que as únicas características comuns foram a *dependência e a subordinação médica* (Amendoeira p. 75), a anexação aos *hospitais ou a estabelecimentos de tipo hospitalar* (Nunes, 2003, p. 158), apresentando como objectivo principal o de formar pessoas que contribuíssem para o *sucesso dos tratamentos médicos* (Vieira, 2008, p. 50). As enfermeiras passam de *consoladoras* a auxiliares do médico, considerando-se que a época da formalização do ensino constitui uma *fase intermédia da passagem da enfermagem de um ofício à profissão* (Rosado et al, 2007, p 7).

Para consolidar esta óptica, podemos fazer alusão ao exemplo que Nunes (2003) nos dá, ao fazer uma abordagem às várias definições de enfermagem apresentadas nos manuais da época. A autora apresenta-nos a definição de um manual de 1940 (*Manual de Enfermagem civil e militar* de Barbosa e Alves), em que a enfermagem é perspectivada como uma *arte que tem como fim coadjuvar a medicina nas suas relações com os doentes; a missão dos seus profissionais consiste em vigiar os enfermos e aplicar-lhes as prescrições dos clínicos* (p. 189).

Esses manuais escolares, servindo de guias de ensino, foram surgindo com uma forte componente hospitalar e técnica, para dar resposta aos *planos de estudo* que *revelavam uma direcção quase única para o doente hospitalar e onde a ênfase era dada à patologia* (Nunes, 2003, p. 182).

Será importante referenciar, no entanto, que alguns destes manuais já faziam menção à importância de uma intervenção de enfermagem para além dos hospitais. Nunes (2003) refere-nos que em 1903 surge um manual, resultante da tradução de uma obra francesa, intitulado *Tratamento dos doentes em casa e no hospital – Manual para as famílias e enfermeiras* e, em 1940, o manual português denominado *Enfermagem, auxiliar do médico prático, guia do enfermeiro profissional e da enfermeira doméstica*, da

autoria de Alberto Costa, cuja segunda edição assume a designação de *Enfermagem (Manual de Estudo)*.

Se considerarmos o exercício da enfermagem nesta etapa, para além de ser fortemente fundamentado no *fazer*, era associado à vocação, a atributos pessoais, aos deveres de obediência, aos de autoridade e ao estatuto feminino (Nunes, 2003)

Ciente deste panorama, o desenvolvimento do ensino de enfermagem no nosso país vai se caracterizando pelas necessidades sentidas e desejos de criar planos de estudo que, para além de apresentarem um mesmo delineamento, fossem elaborados com outros fins que não apenas o do trabalho em meio hospitalar e que colaborassem para uma enfermagem que não se cingisse apenas ao auxílio do médico, através da conquista de uma autonomia técnica e administrativa das escolas.

Estes aspectos foram sendo objecto de discussão e de algumas experiências que iam acontecendo por todo o país de forma isolada, nomeadamente no que diz respeito à possibilidade das escolas escolherem e alargarem os campos de estágio para além das fronteiras hospitalares.

A criação de enfermeiras domiciliárias da Misericórdia do Porto, em 1908; das enfermeiras visitadoras, na década de trinta; e mesmo, das *brigadas de educação sanitária da família*, criadas em Coimbra, em 1951, são alguns exemplos de contributos para a conquista e valorização de uma enfermagem que não se cingisse aos hospitais. Estas práticas vão ajudar a que, gradualmente, se vá integrando conteúdos da Saúde Pública nos currículos de enfermagem.

Todo este trajecto vai convergindo com a nova óptica do ser humano que, embora continue a enaltecer a doença ou as situações desfavoráveis, passa a privilegiar o *homem doente* e não o *órgão doente* (Nunes, 2003).

Várias correntes internacionais foram surgindo e proporcionando novas formas de entendimento do ser humano. Destaca-se o novo significado que a OMS atribui à saúde e a ênfase dada à saúde pública, nos finais do século XIX e início do século XX, que ampararão uma nova concepção baseada na *trilogia homem-família-comunidade*, unívoco do *ser humano integral e integrado* (Nunes, 2003, p. 255).

Mas se inicialmente as ideias subjacentes à saúde pública se encontravam fortemente associadas e circunscritas à higiene do meio e ao combate à doença, a sua concepção assume novos contornos em 1953, aquando do primeiro relatório sobre Administração Sanitária da OMS, que a considera como

*a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e melhorar a saúde e a eficiência mental e física dos indivíduos, por meio de esforços organizados da comunidade, tendo em vista o saneamento do meio ambiente, a luta contra as doenças que apresentam importância social, o ensino dos indivíduos das regras de higiene*

*peçoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem com a finalidade do diagnóstico precoce e do tratamento preventivo das doenças, assim como pôr em execução as medidas sociais convenientes para assegurar a cada membro da colectividade um nível de vida adequado à manutenção da saúde, por forma que cada indivíduo possa usufruir o seu direito à saúde e à longevidade" (Ferreira, 1971, p.5).*

Nesta interpretação torna-se evidente a valorização que se passa a dar à saúde, à intervenção da enfermagem na comunidade e à inclusão, nos planos dos cursos de enfermagem, de conteúdos específicos desta abordagem. Porém, na prática, *na década de sessenta, apenas duas escolas incluíam a cadeira de Saúde Pública no Curso Geral de Enfermagem* (Nunes, 2003, p. 260), muito embora, em Portugal, já no início desta década se tenha começado a desenvolver um suporte normativo legal que sustentasse *uma política de saúde melhor orientada para a valorização das dimensões promoção e prevenção* (Amendoeira, 2006, p. 141).

Na verdade, e focando-nos novamente no ensino, nesta época ainda não era possível encontrar uma homogeneização do ensino de enfermagem. Embora a regulamentação dos cursos de enfermagem tivesse o seu início em 1918, é em 1947, com o Decreto-lei nº 36.219 de 10 de Abril que se começam a criar algumas condições para atingir alguns dos objectivos propostos, dificultados pelo facto do ensino oficial de enfermagem depender de três ministérios, cada um com as suas especificidades. De referir que neste mesmo ano, se assume a existência de dois níveis de formação – enfermeira e enfermeira auxiliar, resultante do desenvolvimento dos serviços de saúde e como forma de dar resposta à necessidade emergente de pessoal. Esta situação manteve-se até 1975, quando acontece a extinção do Curso de Auxiliares, resultante do movimento iniciado, nos finais da década anterior, no sentido de unificar a formação das auxiliares (na época constituíam a maioria dos prestadores de cuidados), que tem o seu efeito em 1972, com a criação do Curso de Promoção dos Auxiliares de Enfermagem.

Em 1952 surgem os Decretos-lei nº 38884 e nº 38885 de 28 de Agosto de 1952, que serão um forte contributo na *autonomização das escolas em relação aos hospitais* (Amendoeira, 2006, p.167), pois concedem-lhes autonomia técnica e administrativa, possibilitando uma organização definitiva do ensino de enfermagem em todas as escolas, que seria necessário para o exercício profissional, através da adequação das habilitações de entrada no curso, de conteúdos específicos e da sua duração.

Passam a subsistir três cursos distintos – o Curso Geral, o Curso de Auxiliares e o Curso Complementar, que se distinguiam pelas habilitações necessárias para a sua frequência, pela sua duração e pelas funções a que ficavam aptas após a realização de um Exame de Estado.

Entretanto, vários acontecimentos foram ocorrendo e que contribuíram para uma nova e mais efectiva reforma na década de 60. De mencionar a maior aproximação aos movimentos internacionais na área da enfermagem; a elaboração de um relatório da Comissão Coordenadora de Enfermagem que caracteriza a enfermagem da altura, na prática e no ensino, onde se faz alusão à necessidade de formar enfermeiras também para a área preventiva; a crescente preocupação com as condições de trabalho e salariais; o desenvolvimento de projectos na área da saúde pública, como a criação de estruturas que davam resposta a problemas de saúde materno-infantis, saúde mental, saúde infantil e visitação domiciliária (Lourenço *et al*, 2007).

Assim, em 1965, com o Decreto-lei nº 46 448 de 20 de Julho, acontece a verdadeira reforma do ensino de enfermagem, defendendo-se que o ensino de enfermagem deverá ser da competência dos enfermeiros (situação que só vem a acontecer em 1970), contemplando o Curso de Enfermagem Geral, Cursos de Especialização de Partos, de Enfermagem Psiquiátrica e de Enfermagem de Saúde Pública. Assoma então uma preocupação crescente para que o plano de estudos passe a *visar uma formação mais equilibrada e polivalente do enfermeiro, com menos peso da patologia e de outras matérias do domínio das ciências biomédicas e uma orientação da enfermagem que já não é apenas para o hospital mas também para o exercício de actividades no campo da saúde pública e dos cuidados ambulatoriais* (Vieira, 2008, p. 66).

Em 1967 é publicado o Decreto-lei 48 166, de 27 de Dezembro que reestrutura a carreira de enfermagem em três grandes áreas, a do Ensino, a da Saúde Pública e a Hospitalar.

Face a isto, e a partir desta época, os alunos passam a desenvolver os seus estágios, não apenas nos hospitais, mas nos serviços que a escola julgasse que contribuiriam para uma melhor aprendizagem.

Contudo, Amendoeira refere que o primeiro plano de estudos em que realmente sobressai *uma filosofia educativa para uma enfermagem das pessoas que dela necessitam e não uma enfermagem da saúde e da doença, aprendida e experimentada essencialmente no hospital* (p.82) nasce em 1977, aquando do primeiro plano de estudos totalmente construído, em parceria, por enfermeiros docentes e enfermeiros responsáveis por sindicatos.

Os anos setenta pautaram-se pelo grande contributo do desenvolvimento de um sistema de saúde que valorizou uma forte implementação de serviços na área da promoção da saúde e da prevenção da doença a nível nacional (como abordaremos posteriormente). A nível legislativo assumia-se a importância da enfermagem nestes serviços, passando a ser manifesta a valorização de um ensino que voltasse a enaltecer

o cuidar no ambiente familiar e para o ambiente familiar dos grupos sociais onde estivesse inserido (Amendoeira, 2006, p. 295).

Amendoeira (2006, p.167) refere-se ao reconhecimento desta importância quando nos transfere para o relatório de avaliação efectuado ao 3º Curso de Enfermagem que patenteia a evidência de *que através dos estágios levados a efeito em comunidades locais, foi possível fazer um trabalho profundo de educação das populações para a saúde.*

Segundo o mesmo autor esta década foi importante na autonomia e construção do grupo profissional, através da reafirmação de um

*só nível de formação básica para a prestação de cuidados gerais, assumir conceitos unificadores sobre o sujeito de cuidados..., os cuidados de enfermagem serem como um todo..., e a concepção de cuidados de enfermagem básicos ser desenvolvida e executada pelos próprios enfermeiros* (2006, p.372).

Em 1973, o 1º Congresso Nacional de Enfermagem, é relevante para que sejam emanadas algumas ideias que se viriam a concretizar posteriormente. Referimo-nos à integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a transformação em ensino superior, já anteriormente anunciada pelo então Ministério da Educação Nacional, e a defesa do estatuto profissional.

Os anos oitenta iniciam-se com a nova reestruturação da carreira (1981), que para além de estabelecer uma única carreira, independentemente da área onde se exercessem as funções, define os seus conteúdos funcionais, onde se vêem fortalecidos os aspectos relacionados com a promoção e educação para a saúde e onde se assume o *enfermeiro como gestor operacional do processo de saúde das pessoas e das suas comunidades* (Amendoeira, 2006, p.297). Esta nova carreira favoreceu o desenvolvimento dos cursos de especialização, única forma de progredir na carreira, que contribuíram fortemente para que a investigação fosse enfatizada *como metodologia e estratégia para a sistematização dos saberes em enfermagem* (Amendoeira, 2004, p. 19), tendo sido introduzida, em 1986, a disciplina de investigação na formação inicial.

É ainda nesta década, em 1988, que o ensino de enfermagem é integrado no sistema educativo nacional, ao nível de ensino superior politécnico, após a publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo em 1986, que compreende o ensino universitário e o politécnico, passando os enfermeiros docentes a integrar a carreira dos professores do Ensino Superior, da tutela do Ministério da Educação.

A década de noventa, tal como a anterior, inicia-se com uma nova alteração à carreira de enfermagem (1991) que volta a alicerçar-se nas diferentes áreas em que o enfermeiro actua: prestação de cuidados, gestão e assessoria. Emerge uma nova forma de avaliação (Avaliação do Desempenho), baseada, tal como o nome indica, no

desempenho, projectos profissionais e planos de acção no decorrer do exercício profissional que deverão ser descritos num relatório crítico de actividades.

São criados e regulamentados alguns Cursos de Estudos Superiores Especializados e surgem os primeiros mestrados em Ciências de Enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e na Universidade Católica.

É ainda nesta década que, segundo Amendoeira (2006), surgem dois *instrumentos importantíssimos para o desenvolvimento da profissão, bem como a ilustração do reconhecimento da sociedade ao mais alto nível pelos seus representantes* (p. 300). O autor refere-se ao ano de 1996, ano da publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) e a 1998, aquando da criação da Ordem dos Enfermeiros, com os respectivos estatutos e Código Deontológico. Estes eventos jurídicos vêm conferir a verdadeira autonomia da profissão, visto que, passamos a possuir a capacidade de regulamentar e controlar o exercício profissional de enfermagem (Moreira, 2006).

Entretanto, o Decreto-lei nº 353/99 de 3 de Setembro, *fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino de enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico* (p. 6199), assumindo-se que o Curso de Licenciatura em Enfermagem, com a duração de quatro anos, assegura

*a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção, para além de certificar os enfermeiros para a participação na gestão dos serviços, na formação de enfermeiros e outros profissionais de saúde e para o desenvolvimento da prática de investigação no seu âmbito* (p. 6199).

Surge um novo século e com ele novos desafios para a profissão de enfermagem, nomeadamente, no que se refere à definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, a novos sistemas de informação e documentação em enfermagem, ao desenvolvimento de uma linguagem comum classificada internacionalmente (CIPE), à definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais e especializados, a aplicação e implementação do processo de Bolonha ao ensino de enfermagem, a implementação e consolidação do enfermeiro de família, entre muitos outros.

Torna-se então evidente que a evolução dos cuidados de Enfermagem com Famílias tem sido influenciada por todo este processo de desenvolvimento da profissão de enfermagem, conseqüente das realidades políticas, económicas e sociais que se vão construindo, numa tentativa de acompanhar as necessidades reais em saúde das populações.

Exemplo disto é o envelhecimento da população que tem ocorrido na Europa e, de forma mais específica, em Portugal, onde, em 1960 as pessoas com mais de sessenta e

cinco anos representavam 8% do total da população, duplicando-se esta representatividade em 2001 (16%) e projectando-se, para 2050, um aumento para 27,5%.

Associada a esta realidade, e segundo os resultados obtidos no 4º Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006, surge um acréscimo da prevalência das doenças crónicas. Por outro lado, e de acordo com o estudo realizado pela Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência, no ano de 2003, 10% dos idosos apresentavam a associação de duas, ou mais, patologias e dependência e que cerca de 12% sofrem de alguma forma de demência. Sabe-se ainda que esta faixa etária (65 e mais anos) representa 32,3% das altas hospitalares, 48,7% dos reinternamentos, 53% dos internamentos de mais de vinte dias, 49,3% dos internamentos de mais de trinta dias e que um quarto das altas hospitalares deveram-se a patologias crónicas que acarretarão dependências (Campos, 2008).

Outro factor intimamente relacionado com os anteriores diz respeito às políticas de saúde adoptadas no sentido de reduzir as altas hospitalares tardias nos idosos, promovendo o seu retorno, o mais prematuramente possível, ao ambiente onde viveu, com os objectivos de realçar as suas capacidades, aumentar a sua auto-estima e a sua autonomia. Amplia-se, assim, o número de idosos que necessitam de cuidados de saúde no seu domicílio e de famílias que, sofrendo um forte impacto na sua estrutura, necessitam de auxílio para dar resposta à nova situação.

Esta exigência para uma participação cada vez mais activa das famílias na saúde/doença dos seus membros é uma realidade dos nossos tempos, o que pressupõe um aumento do acompanhamento a estas unidades por parte dos profissionais de saúde e conseqüente obrigação dos enfermeiros repensarem a sua maneira de pensar e praticar os cuidados de saúde, considerando o cuidado centrado na família como parte integrante da prática de enfermagem.

Em forma de síntese, esta visão urge nos últimos anos, face às mudanças e progressos no âmbito das famílias, também influenciadas por mudanças ainda maiores na sociedade.

Hanson afirma mesmo que, se tivermos em conta as suas longas tradições e as novas definições, a Enfermagem de Família é *simultaneamente nova e velha* (2005, p.17), porém, este retorno das famílias à participação nos cuidados de saúde, segundo Wright e Leahey, tem sido assumido pela enfermagem, como nunca antes tinha sido efectivado, ao ser estabelecido com muito mais *conhecimento, sofisticação, respeito e colaboração* (2002, p14).

Segundo Bomar (2004), alguns dos factores que mais concorreram para este retorno foram, para além da profissionalização da enfermagem na prática e na educação,

foram o desenvolvimento das teorias de enfermagem, da investigação de Enfermagem de Família, de instrumentos de avaliação familiar; a evolução do conceito de promoção de saúde, saúde familiar e teorias e conceitos relacionados com a família; a evolução das disciplinas da ciência social familiar e saúde comportamental; a ênfase de organizações de família e de saúde; os objectivos de saúde de organizações nacionais e internacionais e a dinâmica natural da sociedade e da política pública.

Esta urgência, de reconsiderar a família como um parceiro nos cuidados de saúde, é apreendida por organizações e entidades com responsabilidades políticas e civis nesta área, percepcionando abordagens com horizontes mais amplos e profundos neste âmbito. Como exemplo, temos a Organização Mundial de Saúde que, no quadro actual das políticas de saúde – Saúde 21 (World Health Organization, 1998), apresenta como um dos imperativos para atingir as metas a que se propõem a absoluta necessidade de desenvolver o Enfermeiro de Saúde de Família, como uma força de promoção da saúde, em toda a região europeia.

Deste modo, e com o finalidade de suportar as mudanças necessárias para uma implementação com êxito do Enfermeiro de Família nos países que assim o desejassem, a OMS, em Abril de 2000, fomentou o desenvolvimento de um Estudo Piloto Multinacional sobre o Enfermeiro de Família na Região Europeia. Este estudo envolve doze países, entre os quais se encontra Portugal, com a colaboração da Ordem dos Enfermeiros.

Em 2001, através do despacho nº 4131/2001 de 26 de Fevereiro do Gabinete do Secretário de Estado dos Recursos Humanos e da Modernização da Saúde, é criado um grupo de trabalho composto por Enfermeiros para *avaliar em profundidade quais os cuidados de enfermagem que são actualmente prestados às famílias e em que medida diferem do modelo preconizado pela OMS* (p. 3780).

Este movimento, de integração das famílias nos cuidados de enfermagem, conta com vários marcos históricos cujos contributos e directrizes têm sido primordiais para o desenvolvimento desta perspectiva de enfermagem a nível mundial e em Portugal, através da colaboração e parcerias estabelecidas entre vários países, advindo daí subsídios para a orientação, progresso e coordenação da Enfermagem com Famílias. Salienciamos, para além dos anteriormente referidos:

- 1988 - *I International Family Nursing Conference* em Calgary no Canadá
- 1995 - Criação do *Journal of Family Nursing*
- 1999 - *International Family Nursing Research Congress* em Tampere na Finlândia
- 2000 - *Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe* em Munique na Alemanha

- 2000 - Conferência da Ordem dos Enfermeiros - *A Cada Família o seu Enfermeiro* em Lisboa
- 2006 – *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários* em Portugal.

Tal como já anteriormente mencionado, embora permaneça alguma discussão em torno da terminologia a ser adoptada para nos referirmos à enfermagem com as famílias, no que diz respeito à sua enunciação não existem grandes discordâncias, sendo alguns autores unânimes (Hanson, 2005; Friedman, 2003; Bomar, 2004 e Wright e Leahey, 2002), ao apontarem que são cuidados de enfermagem prestados a um grupo específico – a família, havendo apenas autores que intensificam aspectos inerentes à enfermagem, mas que consideram ser relevantes para uma abordagem a este grupo.

Senão vejamos. No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros assume-se que a Enfermagem é

*a profissão que na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2003, p.164).*

Por seu lado, Hanson considera a 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* (2005, p.8), devendo contemplar tanto o indivíduo como toda a unidade familiar.

Wright e Leahey especificam esta concepção ao fortalecerem na sua enunciação que estes cuidados de enfermagem prestados à família deverão ser *na saúde e na doença*, com especial atenção às *respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais* (1994, p. 2).

Ainda, e para Bomar, a Enfermagem de Família é concebida como *o processo transformativo que aumenta a capacidade das famílias para alcançar o nível mais elevado de bem-estar* (2004, p.5).

Hanson (2005) aborda os princípios justificativos da importância de uma abordagem de Enfermagem junto das famílias, referindo que:

- é no contexto da família que os comportamentos saudáveis e de risco são aprendidos;
- a família é influenciada quando um ou mais membros têm problemas de saúde;
- a saúde dos membros é influenciada pela família e as práticas de saúde de cada indivíduo influenciam toda a família;

- os cuidados de saúde são mais eficazes quando é dada maior ênfase à família;
- a promoção, manutenção e restauração da saúde das famílias é importante para a saúde da sociedade.

Atendendo a este último princípio sentimos necessidade de abordar os três níveis de promoção – primária, secundária e terciária, que *constituem os principais objectivos da enfermagem de família* (Friedman *et al*, 2003, p. 45).

Ao nível da prevenção primária, pretende-se que a família mantenha ou promova a sua saúde, prevenindo, conseqüente, a doença. Estes objectivos poderão ser alcançados através de estratégias modificadoras ou intensificadoras de comportamentos de saúde, que segundo Anderson *et al* (2005), ao referenciarem Clark (1996), poderão incluir a *avaliação da saúde, educação para a saúde, modificação do estilo de vida, proporcionar um ambiente saudável e desenvolvimento de capacidades eficazes de coping* (p. 378). Estas medidas, tornam-se importantes, face ao papel que a família assume no estímulo ou desincentivo para os comportamentos de risco e/ou de saúde.

A prevenção secundária envolve a detecção precoce de problemas na família, diagnóstico e tratamento das alterações/doença. Esta intervenção poderá ser efectuada através de uma abordagem aos elementos que compõem a família, efectuando, ou encaminhando para avaliações ou rastreios, o que numa perspectiva familiar envolve a detecção de patologia familiar ou disfunção.

Na prevenção terciária, e uma vez que a doença já se encontra instalada, pretende-se tratar e reabilitar a família com patologia diagnosticada, quer de um dos seus elementos, quer da família como um todo, minimizando as conseqüências que daí possam advir, permitindo que o indivíduo/família atinja o mais alto nível de bem estar possível, preservando ou restabelecendo as suas funções.

Considerando-se que uma intervenção ao nível da prevenção primária se traduz em maiores ganhos para a saúde das famílias e sociedades em geral, actualmente, e face à nossa realidade, impõe-se uma atenção especial ao nível da prevenção secundária e terciária. Esta realidade, resultante de factores já anteriormente referidos (envelhecimento da população, aumento das doenças crónicas, redução do tempo de hospitalização), leva a que os familiares cada vez mais tenham de prestar cuidados e assistência aos seus elementos. Esta condição funciona como um factor de *stress* no núcleo familiar, uma vez que implica uma *alteração do seu padrão habitual de funcionamento* (Alarcão, 2000).

O maior e menor risco na manutenção da homeostasia familiar, dependerá dos recursos internos e externos da família. Martins (2003), aludindo a Duvall (1977), aborda como recursos familiares as *experiências anteriores com acontecimentos de natureza*

*semelhante, o comprometimento para com a família, a coesão entre os membros, a flexibilidade e a capacidade da família para utilizar os recursos externos ao seu núcleo* (p. 54).

Augusto (1988) propõe que, quando estes recursos familiares são manifestamente pobres e o *stress* relativamente severo, normalmente resultante de acontecimentos não normativos, poder-se-á desencadear uma crise familiar. Alarcão (2000) refere que esta crise é resultante da ameaça percebida pelo sistema familiar face à imprevisibilidade que a mudança compreende.

Face a esta crise, a sua avaliação deverá atender à essência e gravidade dos acontecimentos e problemas desencadeantes da mesma, à percepção familiar do problema, à eficácia dos recursos familiares e ao impacto da situação na dinâmica e estrutura familiar (Augusto, 1988).

Do confronto de todos estes factores a família poderá responder através da fuga à mudança, perigando o seu equilíbrio, ou modificando-se, *mesmo correndo o risco de crescer sem saber como* (Alarcão, 2000, p. 94), sendo que a opção por uma destas atitudes dependerá da forma como ela percebe o problema - como uma ameaça ou como uma oportunidade para crescer.

Estamos então perante uma família que se caracteriza por ser prestadora de cuidados informais, mas também, receptora de cuidados formais, face à complexidade que a primeira situação acarreta.

Uma abordagem a estas famílias implica que o profissional de Enfermagem avalie a capacidade da família para o autocuidado, a motivação e a competência actual para lidar com o problema de saúde, como forma de identificar as necessidades em cuidados enfermagem. Estas famílias necessitam então de muito apoio e orientação, como forma de promover o autocuidado e de minimizar os sofrimentos emocionais, físicos e espirituais da doença (wright & Leahey, 2002).

Deste modo, e no sentido de clarificar a relação complexa e dinâmica entre a saúde da família e a saúde individual dos seus membros, o ICN (2002) inclui os seguintes princípios básicos orientadores das intervenções de Enfermagem de Família:

- *dirigir a intervenção de enfermagem aos membros da família doentes e aos saudáveis;*
- *reconhecer a relação entre os níveis de saúde individual e familiar;*
- *reconhecer toda a experiência e vivência da família em termos do processo saúde/doença;*
- *delimitar o contexto sócio-cultural da família;*
- *aperceber-se dos distintos níveis de saúde entre os membros da família;*
- *reforçar a interacção familiar e a interacção da família/equipa de saúde;*

- *atender à dinâmica familiar, incrementando a flexibilidade necessária no plano de intervenção;*
- *definir, em colaboração com a família, prioridades na saúde familiar (p.11).*

Para a sua operacionalidade Barbieri, citada pela OE (2002), propõe que a família seja conscientemente envolvida em todo o processo de cuidados à unidade familiar ou a um dos seus elementos; que as necessidades/competências sejam analisadas no todo familiar e não de forma isolada em cada um dos seus elementos; que se reconheça o impacto das crises interpessoais na saúde familiar e, finalmente, que toda a relação profissional que se estabeleça realce o espírito colaborativo, sendo o Enfermeiro um vector para que a família encontre as suas próprias solvências para fazer face aos problemas identificados.

Deste modo, o enfermeiro de família é, segundo a mesma autora *um promotor de saúde, um preventor, um conselheiro, um colaborador, um formador, um interlocutor privilegiado das famílias com a equipa de saúde, em articulação com outros tipos de serviços* (OE, 2002, p.139).

Para que estes papéis sejam assumidos, a prática de Enfermagem com Famílias deverá contemplar, segundo Anderson (2000) a *Interacção Familiar* que considera o processo interactivo na família, a comunicação, a educação, a intimidade e o suporte social; o *Desenvolvimento ou Transições Desenvolvimentais* que compreende o desenvolvimento familiar, o desenvolvimento individual, o curso do desenvolvimento, o desenvolvimento marital e o desenvolvimento parental, o *Coping* abrangendo a gestão de recursos, a resolução de problemas, a adaptação ao stress e crises, a *Integridade* onde o sentido de pertença, a história familiar, as fronteiras, a identidade e lealdade, os valores, os rituais e a espiritualidade estão consideradas e, finalmente, os *Processos de Saúde* com as crenças sobre saúde, o estado de saúde dos membros, as práticas de saúde, os estilos de vida e cuidados na saúde e na doença.

Sendo assim, é posição da Ordem dos Enfermeiros (2002) que a prática do enfermeiro de família se deve desenvolver no seio de uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, dirigindo-se aos membros da família ou à família como um todo ao longo do seu ciclo vital, desenvolvendo actividades aos três níveis de prevenção (promoção da saúde, prevenção e detecção precoce da doença, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos), sendo necessário para tal dispensar muito tempo no seu domicílio.

Esta última condição surge diante da indispensabilidade de um conhecimento integral e realista do meio físico e social onde a família se insere, bem como da vida familiar, dos seus hábitos e comportamentos, das relações interpessoais que ocorrem, da habilidade para se cuidar, das estruturas que influenciam o estado de saúde da família e

de que forma o fazem, podendo assim detectar atempadamente problemas de saúde ou factores potencialmente geradores dos mesmos.

Destacamos ainda que o domicílio, sendo o meio natural da família, confere-lhe uma sensação de controlo e de segurança facilitando uma comunicação mais fluida e espontânea, importante para o desenvolvimento de uma relação efectiva entre o profissional de saúde e a família.

Na sequência do exposto, torna-se inevitável por parte dos enfermeiros a consolidação de um paradigma teórico que valorize não só a relação mas também a reciprocidade entre a doença ou a saúde e o funcionamento da família, para que a prática de enfermagem se torne mais abrangente, centrando a sua atenção nas famílias.

O Ciclo de Saúde e de Doença da Família (Fig. 1) desenvolvido por Doherty e Campbell, baseia-se no princípio de que a vida familiar é dinâmica, pelo que durante o seu ciclo vital experiencia períodos de saúde e de doença e, poderá constituir uma ajuda para esta visão, pois pretende ilustrar as interações entre a família e o sistema de saúde através da apresentação de cinco categorias que, não apresentando uma sequência unilateral, se interligam e ilustram fases da vida da família relacionadas com a saúde / doença. Estas categorias são:

a *promoção da saúde e redução do risco*, onde se relaciona a família com as crenças e as actividades/comportamentos adoptados pela mesma e que garantem a manutenção de determinados níveis de saúde e bem-estar;

a *vulnerabilidade familiar e o início/recaída da doença*, onde a ideia fulcral reside no facto de que o *stress* familiar pode predispor à exacerbação ou recidiva de doença em elementos da família;

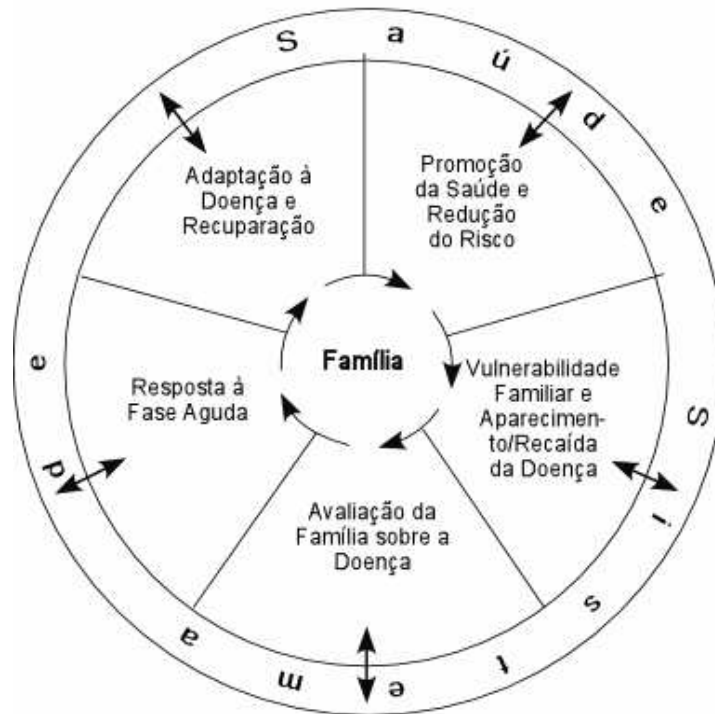
a *avaliação da família sobre a doença*, que corresponde ao significado atribuído pela família ao adoecer, ou seja, aos valores e crenças da família sobre a doença e o adoecer que terão impacto na permeabilidade e na procura de cuidados;

a *resposta familiar à fase aguda*, reportando-se a um tempo, normalmente de desorganização familiar, resultante da crise que se instaura após um acontecimento invulgar e que implica a necessidade de uma reorganização para a manutenção da homeostasia familiar e

a *adaptação à doença e reabilitação* correspondente à readaptação da família à doença a longo prazo e ao papel que desempenha na reabilitação do seu elemento doente.

Por fim, e abarcando todas estas fases temporais, temos a *família e o sistema de saúde* que equivale à decisão da família em gerir o problema de saúde internamente ou de procurar qualquer tipo de ajuda exterior para auxiliá-la nessa gestão.

Figura 1 - Ciclo de Saúde e de Doença da Família



Fonte: Hanson, Shirley May Harmon. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família.: uma introdução*, p. 23

De referir ainda que em todas estas áreas já existe um corpo de conhecimentos teóricos, de investigação e prática clínica que fundamentam a importância e pertinência da Enfermagem com Famílias.

Para terminar este sub capítulo, será de todo o interesse voltar a mencionar o ICN (2002, p.14) pois, esta entidade considera que uma prática clínica do enfermeiro de família proporciona:

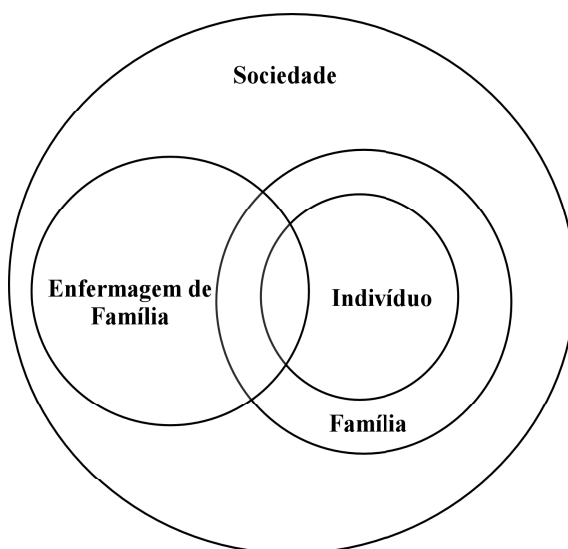
- *uma visão global e total dos cuidados, situando dentro da unidade familiar a pessoa que procura ajuda ou cuidados, considerando toda a família como centro de atenção desses cuidados;*
- *o reconhecimento de que a estrutura, os pontos fortes, os pontos débeis e a dinâmica da família podem fazer com que aumente ou diminua o potencial óptimo de saúde ou o cuidado óptimo da doença, logo, com influencia na avaliação e na intervenção na família;*
- *a estimulação para uma participação significativa dos membros da família na avaliação, adopção de decisões e na planificação, assim como nos cuidados;*
- *a mobilização de um conjunto de recursos e serviços que compreende a avaliação, a formação e a assistência, onde se inclui igualmente a mobilização dos recursos de outros profissionais e prestadores de cuidados nos sectores da saúde e da comunidade.*

Porém, e salvaguardando alguma ambiguidade que ainda subsiste em torno da Enfermagem com Famílias, torna-se necessário a continuidade de uma conjugação de esforços nesta área com o intuito de encontrar consensos numa nomenclatura e estrutura que suporte a junção entre enfermagem e famílias.

### 1.3 - NÍVEIS DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS

Entendendo a Enfermagem com Famílias e o papel do enfermeiro de família como referenciamos, e analisando a figura que se segue, expressiva do modo como os conceitos indivíduo, família, enfermagem e sociedade se intersectam uns nos outros, podemos conceber a sugestão de variados autores de que a família poderá ser abordada sob diversas perspectivas.

Figura 2 - Contexto da Enfermagem de Família



Fonte: Hanson, Shirley May Harmon. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família.: uma introdução. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*. p. 8

Mas, também neste âmbito deparamo-nos com alguma dissemelhança no que concerne à terminologia e à definição de cliente na Enfermagem com Famílias conforme se pode ver no quadro seguinte.

Quadro 2 – Foco de atenção da Enfermagem com Famílias, denominação e autores que a recomendam.

FOCO DE ATENÇÃO	DENOMINAÇÃO	AUTORES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro na pessoa para a avaliação e intervenção</li> <li>• Família serve como contexto ao indivíduo - como um recurso ou factor de <i>stress</i> para a saúde e doença</li> <li>• A família pode participar em diversos graus segundo a situação.</li> </ul>	Família como contexto	Hanson
		Friedman
		ICN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados prestados a todos os membros da família, de forma individualizada</li> <li>• Família vista como a soma dos seus membros</li> <li>• Cada membro da família é uma unidade e não se insiste nas relações com a família</li> </ul>	Família como cliente	Hanson
	Família como soma dos seus membros	Friedman
		ICN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A unidade primária para a avaliação e para a prestação de cuidados é toda a família, concentrando-se simultaneamente no indivíduo e na família</li> <li>• A família é vista como um sistema interactivo – todo é mais do que a soma das partes</li> <li>• Ênfase colocada nas interacções entre os membros da família</li> </ul>	Família como sistema	Hanson
	Família como cliente	Friedman
		ICN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os subsistemas familiares são o foco da avaliação e da intervenção</li> </ul>	Subsistema família como cliente	Friedman
		ICN

Fonte: Criado a partir de Friedman; Bowden e Jones (2003)

Esta dissemelhança não compromete a legitimidade das diferentes abordagens, sendo os autores unânimes ao considerarem que em enfermagem todas as perspectivas são válidas, pelo que deverão ser todas ponderadas quando se trabalha com as famílias, muito embora alguns deles salvaguardem que é na visão sistémica onde a contribuição da Enfermagem com Famílias é evidente.

Acolhemos mesmo a concepção de que, independentemente das diferentes denominações e abrangências das abordagens em enfermagem da família encontradas na bibliografia, elas complementam-se e enriquecem-se, porém, a opção por uma, ou mais, destas abordagens deverá ser concordante com o contexto onde os cuidados de saúde são prestados, as condições familiares e os recursos dos enfermeiros (Hanson, 2005).

O ICN reitera esta opinião ao conceber que o

*nível de serviço e a natureza da função atribuída ao Enfermeiro de Família num determinado contexto depende da influência de vários factores onde se incluem: o objectivo e foco de atenção dos cuidados; o contexto dos cuidados, as prescrições normalizadas; o âmbito da prática, responsabilidade, autoridade e grau de autonomia; a formação e a estrutura, constituição e financiamento dos serviços de saúde (2003, p. 7).*

Deste modo, poderemos considerar a possibilidade da existência de variados níveis de exercício profissional do enfermeiro de família, fortemente relacionados com a formação que o mesmo possui.

Wright e Leahey (2002), por modo a clarificar esta distinção, fazem um paralelo entre os níveis de prática e o enfermeiro generalista ou especialista, considerando que, na sua actuação, o primeiro utiliza mais o conceito de família como contexto (Enfermagem de Família) e o segundo de família como sistema (Enfermagem dos sistemas familiares). Ressalvam, no entanto, que estes *limites possam estar diluídos* (p. 28), na medida em que concorrem, não apenas com os conhecimentos que os cuidadores possuem, mas também, com a maneira como “pensam” a família e as habilidades que desenvolveram. Deste modo, os generalistas poderão ser capazes de intervir simultaneamente a nível individual e familiar.

Gilliss (1993), referenciado por Hanson (2005), faz uma leitura idêntica, ao considerar que um enfermeiro que veja a família como contexto pode ser um enfermeiro generalista da Enfermagem de Família, e um especialista noutra área qualquer. Assim como, um enfermeiro que exerce Enfermagem de Família é especialista nesta área e generalista noutras.

Do mesmo modo, Bomar (2004) apresenta-nos uma relação entre os níveis de prática e os níveis de preparação do enfermeiro de família, que mostramos no quadro seguinte e que vem reforçar a nossa opinião no que diz respeito à formação dos estudantes de enfermagem.

Quadro 3 - Níveis de prática da Enfermagem de Família

NÍVEL DE PRÁTICA	GENERALISTA ESPECIALISTA	EDUCAÇÃO	CLIENTE
Perito	Especialista Graduado	Doutoramento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os níveis</li> <li>• Desenvolvimento da teoria sobre a Enfermagem de Família</li> <li>• Investigação sobre a Enfermagem de Família</li> </ul>
Eficiente	Especialista Graduado	Mestrado com Experiência Acrescida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os níveis</li> <li>• Início da Investigação em Enfermagem de Família</li> </ul>
Competente	Especialista Iniciado	Mestrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduo no contexto familiar</li> <li>• Enfermagem Interpessoal de Família</li> <li>• Unidade Familiar</li> <li>• Parentes</li> </ul>
Principiante Experiente	Generalista	Licenciado com Experiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduo no contexto familiar</li> <li>• Enfermagem Interpessoal de Família (Enfermagem de sistemas de família)</li> <li>• Unidade Familiar</li> </ul>
Principiante	Generalista	Licenciado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indivíduo no contexto Familiar</li> </ul>

Fonte: Bomar, Perri J. (2004). *Promoting Health in Families – Applying Research and Theory to Nursing Practice*. p. 19

Consideramos pois que, em qualquer nível de ensino de enfermagem, os currículos deverão contemplar uma abordagem à família, proporcionando aos educandos, para além de uma visão da importância deste grupo no fenómeno saúde/doença, a aquisição de competências cognitivas e relacionais que os preparem para uma prática onde a família é um elemento essencial nas actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação dos seus membros. É então exigido o aprofundamento de saberes desenvolvidos em áreas afins à enfermagem, como a psicologia, a sociologia ou a terapia familiar, de maneira a incorporá-las numa abordagem de enfermagem à família.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros, empenhada em dar resposta às novas políticas de saúde, baseadas nas directrizes nacionais e internacionais e em melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem à população, tem ponderado sobre as novas exigências, competências e desafios impostos aos enfermeiros e em que medida estes compelem para uma reconfiguração das especialidades em enfermagem actualmente reconhecidas. Deste modo, surge a possibilidade de criar novas áreas coerentes com o enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem, tendo como eixo estruturante o alvo de intervenção em enfermagem, ou seja, a pessoa, numa etapa do ciclo de vida ou ao longo desse mesmo ciclo, ou o grupo, onde se incluem a família e a comunidade. Desta reflexão, surge como proposta, ainda em análise, a criação de uma especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, como um imperativo para responder às necessidades actuais em cuidados de enfermagem da população, tendo como eixo organizador *os projectos de saúde da família a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida* (OE, 2007, p. 20).

Contemporaneamente estão a ser apreciadas as competências que, sendo acrescidas às já reconhecidas do enfermeiro generalista e tendo em atenção os factores contextuais e a fase de desenvolvimento da profissão, permitirão a preparação educacional e o desempenho de funções do enfermeiro de família.

Este aspecto será uma mais valia para uma maior homogeneização dos planos de estudo dos cursos de enfermagem pois, embora algumas escolas de enfermagem já explicitem, no seu plano curricular (ver quadro 4), a abordagem de alguns conteúdos teóricos e incrementem actividades que possibilitam o desenvolvimento de competências para uma intervenção junto das famílias é difícil, nesta área, encontrar uma analogia entre as várias instituições de ensino, face à autonomia técnica, científica e pedagógica que detêm.

Quadro 4 – Exemplos de Escolas de Enfermagem com abordagem à Família no seu plano curricular.

ESCOLA	ANO	UNIDADE CURRICULAR
Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo	1º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde do Indivíduo, Família e Comunidade</li> </ul>
Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil	4º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família</li> <li>• Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária e Família</li> </ul>
Escola Superior de Enfermagem Doutor José Timóteo Montalvão Machado	4º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados de Enfermagem na Família e na Comunidade</li> </ul>
Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian	1º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem Comunitária I – As Famílias como centro de intervenção ao longo do ciclo de vida</li> </ul>
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	2º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem Comunitária e Familiar</li> </ul>
Escola Superior de Enfermagem do Porto	1º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processos Familiares e Comunitários</li> </ul>
Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny	4º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem da Família</li> </ul>
Escola Superior de Enfermagem da Madeira	4º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermagem VII – Enfermagem de Família</li> </ul>
Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada	3º	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociologia e Antropologia da Família</li> <li>• Estágio de Cuidados de Enfermagem à Família</li> </ul>

Por outro lado, importa lembrar que o desenvolvimento de uma atitude de aprendizagem que não se cinja apenas ao currículo escolar mas que seja transversal à sua vida, constitui um desafio actual aos profissionais de saúde.

Estreitamente relacionado com o que temos vindo a evidenciar, e explanando Lansberry e Richards (1992), citados por Wright e Leahey (2002), verificamos que a distinção entre uma prática de enfermagem que enfatize a família como contexto ou como unidade de cuidados, se encontra fortemente articulada com a maneira como os enfermeiros pensam acerca da família.

Ângelo (1999) acresce a esta reflexão que o ensino de enfermagem assume uma grande responsabilidade na capacidade de desenvolver um pensamento que valorize a família como um domínio da enfermagem. Defende ainda que esta valorização deverá ser resultante de uma combinação entre a sensibilização e o conhecimento, uma vez que a primeira não é suficiente para trabalhar com estas unidades, porém, a sensibilização para a família, que abarca o reconhecimento da família como um fenómeno complexo na saúde, predispõe para o conhecimento, quer da própria família, quer ao conhecimento específico da Enfermagem de Família.

Deste modo, podemos entender que uma prestação de cuidados baseada no paradigma individual e uma formação insuficiente na área da família são factores que poderão ser explicativos de uma abordagem à família ainda escassa por parte da enfermagem.

Contudo, outros factores deverão ser tidos em conta para compreender este fenómeno, até porque alguns estudos comprovam que não existe uma relação directa entre o nível de conhecimentos adquiridos sobre Enfermagem de Família e a sua aplicabilidade na prática.

Assim, Hanson (2005) acresce a este factor, outros que considera obstáculos a uma prática de enfermagem junto das famílias:

- escassez de modelos e instrumentos adequados e abrangentes para avaliar a família, bem como de estratégias para uma intervenção de enfermagem;
- consideração de que o estudo da família e da Enfermagem de Família faz parte do senso comum;
- apetência dos alunos para a patologia e para a cura, versus a promoção da saúde e prevenção da doença;
- práticas clínicas, nos diferentes contextos ainda muito centradas no indivíduo;
- fortes laços históricos com o modelo biomédico;
- sistemas de registos de saúde orientados para o indivíduo, não se prestando para uma avaliação familiar;
- diagnósticos clínicos mais centrados na doença / indivíduo e
- dificuldade em acompanhar as famílias devido ao horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde.

Muitos destes factores encontram-se fortemente relacionados com a história da Enfermagem, tornando mais moroso o abandono da visão reducionista da natureza humana.

Contudo, sabendo que algumas destas condições poderão ser mais evidentes em alguns contextos do que noutros, tem sido feito um esforço por entidades responsáveis pela saúde em geral mas, particularmente pela enfermagem, para minimizá-las. Como exemplos temos o empenho e compromisso expresso da Ordem dos Enfermeiros em implementar o Enfermeiro de Família, um acréscimo da terminologia na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem que contempla a família com conseqüente reflexo nos registos de enfermagem, incorporação de conteúdos teóricos sobre a família em algumas escolas de enfermagem aos vários níveis de formação e uma organização dos serviços e dos cuidados de enfermagem por modo a facilitar uma abordagem à família.

De referir que todos estes aspectos enunciados, constituirão apenas um meio promotor para o desenvolvimento de algumas características que deverão estar inerentes ao enfermeiro para uma intervenção na família, pois, e segundo Wright e Leahey (2002), mais do que uma alteração estrutural, para que haja efectivamente uma abordagem à

família impõe-se uma alteração na forma como os enfermeiros a contextualizam, e como percebem os problemas de saúde/doença.

Este constructo resulta de uma combinação de variados factores relacionados com a experiência e vivência pessoal e profissional do enfermeiro, em que assume relevante consideração a sua formação nestas duas vertentes, e consequente sensibilização, motivação e capacidade de, fazendo uso da autonomia que hoje é incontestável em enfermagem, desenvolver uma prática diária que valorize a família nos processos de saúde/doença.

Uma intervenção junto das famílias traduz-se, deste modo, num desafio para os profissionais de enfermagem na gestão, na prática, no ensino e na investigação.

## **2. CONTRIBUTOS PARA UMA EFECTIVA ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS**

O desenvolvimento contínuo na área da enfermagem levou-nos a reconhecer a importância de uma avaliação familiar eficaz, bem como a aquisição de conhecimentos e habilidades de intervenção, a fim de os enfermeiros assistirem as famílias numa perspectiva sistémica.

A investigação na área da família contribuiu fortemente para esta perspectiva. Na verdade, a partir da década de sessenta, os estudos sobre a família ganharam um acréscimo, ocorrendo este incremento na Enfermagem a partir da década de oitenta nos Estados Unidos da América (Bomar, 2004).

Em Portugal, esta *emergência da consciência e cultura científica* (Rodrigues, 2004) na Enfermagem com Famílias acontece mais tardiamente, surgindo, a partir dos finais da década de noventa, um forte aumento de estudos que contemplam estas duas dimensões, sobretudo desenvolvidos em âmbito académico, quer de mestrados quer de doutoramentos.

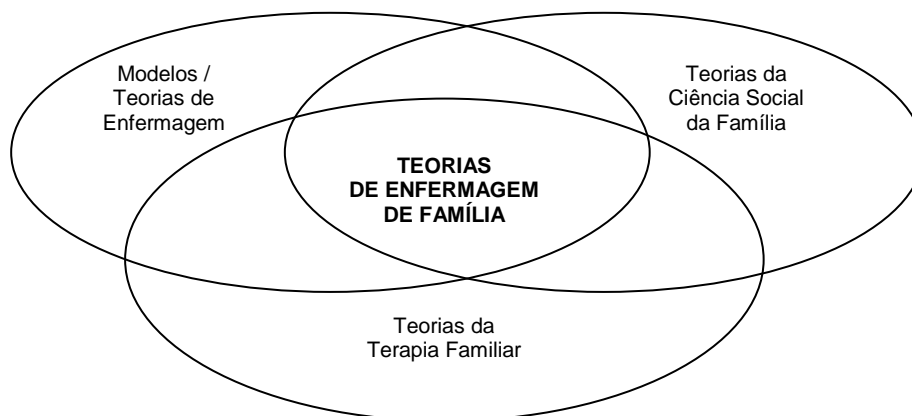
Porém, será de mencionar que estes estudos assentam fortemente em situações em que a patologia já se encontra instalada no seio familiar, sendo ainda escassos os que contemplam a área da promoção da saúde e da prevenção da doença.

Por outro lado, o desenvolvimento das teorias de enfermagem também tem cooperado para que, cada vez mais, se perceba a importância de uma intervenção nas Famílias que contemple um corpo de conhecimentos específico, fundamentado em outras áreas ciências afins.

Efectivamente, e tal como referido anteriormente, muitas têm sido as disciplinas que abordam as famílias sob diversas perspectivas – económica, legislativa, religiosa, psicológica, entre outras. A Enfermagem de Família, pela sua afinidade, fundamentou-se, segundo Hanson e Kaakinen (2005) em teorias desenvolvidas em três grandes disciplinas: ciências sociais da família, terapia familiar e nas ciências de enfermagem através dos seus modelos e teorias, tal como mostra a figura seguinte.

Cada uma destas áreas encontra-se em estádios diferentes de desenvolvimento, sendo, do mesmo modo, distinto o seu contributo para a Enfermagem com Famílias.

Figura 3 - Fontes Conceptuais das Teorias de Enfermagem de Família



Fonte: Hanson, Shirley May Harmon e Kaakinen, Joanna Rowe. (2005). *Fundamentos teóricos para a Enfermagem de Família*, p.45

Se por um lado, as ciências sociais da família são de todas as mais desenvolvidas e informativas acerca dos fenómenos da família, as teorias de terapia familiar têm um maior peso para a Enfermagem com Famílias, pois, embora sejam bem mais recentes e se tenham apoiado nas primeiras, procedem da prática profissional, tornando-as mais objectivas e, conseqüentemente, com maior aplicabilidade na teoria, prática, investigação e educação em Enfermagem com Famílias.

No que concerne à disciplina de enfermagem a noção de teorias de cuidados de enfermagem surge em 1978, segundo nos referencia Collière (1999), como uma tomada de consciência da necessidade dos conhecimentos para uma boa prática de enfermagem.

Nesta sequência de ideias Meleis (1991), referenciada por Hickman (1995), interpreta uma teoria de enfermagem como sendo *...uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenómeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem* (p12).

As componentes de uma teoria são os conceitos e as proposições, sendo que as últimas explicam o relacionamento entre os primeiros. Na nossa disciplina os principais conceitos são: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem, que em conjunto constituem o metaparadigma da enfermagem.

Desde os anos 60 que se tem dado importância ao desenvolvimento de modelos teóricos da disciplina, os quais valorizavam um paradigma em que o indivíduo era visto de forma isolada de todo o seu contexto, tendo contribuído pouco para uma visão da família como cliente.

Na realidade, e muito embora existam algumas teorias em enfermagem que podem ser aplicadas à Enfermagem com Famílias, uma vez que expandiram a noção de cliente para além do indivíduo, incluindo neste grupo as famílias e as comunidades, não existe nenhuma que seja única ou característica desta componente da disciplina de enfermagem, pois, e de acordo com Hanson e Kaakinen (2005), não basta substituir a palavra indivíduo por famílias para compreender os múltiplos processos e dinâmicas destes grupos tão complexos.

Exemplos de teorias de enfermagem que são mais ajustáveis à família são as de Imogene King desenvolvida em 1981, reformulada para uma visão mais alargada da família em 1987; a de Callista Roy em 1976, que sofreu o mesmo processo em 1981 e a de Dorothea Orem em 1971, que identifica a família como um apoio ao indivíduo.

Perante este cenário e tendo em consideração o estágio em que actualmente nos encontramos nesta área torna-se necessário e urgente um entrecruzar de conhecimentos entre as diversas disciplinas e os de enfermagem, de modo a serem criadas algumas bases teóricas firmes que proporcionem não só o conhecimento mas também a compreensão conducente à melhoria dos cuidados à família.

Gostaríamos de realçar a indispensabilidade de integrar saberes de outras ciências na organização de conjecturas de enfermagem das famílias, pois, e voltando a focar a grandiosa complexidade de que se revestem estes grupos, será impossível ao enfermeiro usar apenas uma teoria nas suas intervenções, sob risco de reduzir a sua capacidade para individualizar e adaptar as suas intervenções àquela família específica.

Collière faz referência a este aspecto expondo que *toda a enfermeira que esclarece as situações de cuidados de enfermagem, através dos contributos de diferentes conhecimentos, enriquece-os...* (1999, p. 221).

Também Hanson e Kaakinen (2005) advogam esta opinião ao exporem que os *enfermeiros que usem apenas uma abordagem estão essencialmente a limitar as possibilidades para as famílias* (p. 57), pelo que, deverão integrar diversas teorias por modo a adquirirem diferentes maneiras de contextualizar os problemas, alargando a sua reflexão acerca das intervenções, dando assim lugar a *uma prática de enfermagem baseada na conceptualização organizada e realista das famílias* (p. 57).

Torna-se então clara a necessidade de uma abordagem integrada para a Enfermagem com Famílias.

São disto exemplo o Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar (*Family Assessment Intervention Model and Family Systems Stressor Strength Inventory*, Hanson e Mischke, 1996); o Modelo de Avaliação da Família de Friedman (*Friedman Family Assessment Model*, Friedman, 1993); o Modelo de Resiliência ao Stress, ajuste e Adaptação Familiar (*Resiliency Model*

of *Family Stress, Adjustment and Adaptation*, McCubbin e McCubbin, 1993) e o Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção familiar (*Calgary Family Model*, Wright e Leahey, 2000).

Neste estudo, optámos por desenvolver este último, uma vez que tem constituído um modelo bastante referenciado e adoptado no ensino, na prática e na investigação em Enfermagem com Famílias em vários países, tendo sido mesmo eleito pela Região Autónoma da Madeira como estrutura conceptual orientadora da avaliação e intervenção junto das famílias.

## 2.1 – ESTRUTURAS TEÓRICAS DO MODELO DE CALGARY DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo de *Calgary* de Avaliação e Intervenção Familiar foi desenvolvido por Wright e Leahey, enfermeiras canadianas, professoras de Enfermagem na Universidade de *Calgary*, e tem sofrido adaptações ao longo do tempo, resultantes principalmente, da prática clínica e da investigação que as autoras desenvolvem na Unidade de Desenvolvimento da Família da mesma Universidade.

As autoras fundamentam-se em estruturas teóricas que, adaptadas à família, são sustentáculos para uma intervenção mais eficiente e eficaz. São elas: o pós-modernismo, a teoria dos sistemas, a cibernética, a teoria da comunicação, a teoria da mudança e a biologia da cognição.

Elegemos apresentar em quadros uma breve referência a cada um dos pressupostos apresentados pelas autoras, de forma a auxiliar a leitura e compreensão.

**Pós-Modernismo** - O pós-modernismo surge como um movimento intelectual reconhecido nos finais da década de 60 e início da década de 70. Assoma como uma reacção contra as ideias do modernismo, que tentou compreender o mundo através da razão (objectividade). Embora este movimento tenha suscitado algumas críticas, por se fundamentar essencialmente na subjectividade, influenciou variadas áreas, desde as artes, literatura, arquitectura, cultura, entre outras, e, mais recentemente, a Enfermagem.

Quadro 5 - Ideias centrais do pós-modernismo aplicadas à família.

PRINCÍPIOS	IDEIAS CENTRAIS
<b>Pluralismo é um foco chave do pós-modernismo</b>	Explana a multiplicidade como crença, ou seja, de que existe tantos caminhos para perceber e experienciar o mundo, quantas pessoas existem para o fazer. No trabalho com as famílias esta concepção possibilita-nos compreender que existem tantos cursos para entender e experimentar a saúde/doença quanto existem famílias a vivenciar a situação de saúde/doença.
<b>Pós-modernismo é um debate sobre o conhecimento</b>	O modernismo assume o conhecimento como resultante da aplicação da razão e da ciência, enquanto que para o pós-modernismo o conhecimento é algo subjectivo, que cada um de nós constrói com os jogos da nossa linguagem. Para a prática clínica com as famílias esta concepção vem exigir uma maior ênfase às narrativas e experiências dos membros da família dentro do seu contexto particular, sendo que, a cooperação e a permuta de ideias entre os enfermeiros e as famílias favorecem o conhecimento e a experiência de ambas.

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família.*

**Teoria Geral dos Sistemas** - Esta teoria surge face ao esboroamento da abordagem analítica que se concentrou no estudo dos elementos em si, dos objectos enquanto individualidades. A incapacidade desta visão, para descrever e explicar alguns fenómenos mais complexos, conduziu a uma crise epistemológica quanto à forma como a ciência estuda e se desenvolve. Passou-se então a estudar a relação de cada objecto com outros objectos próximos, nascendo, assim, a ideia da abordagem sistémica, que se concentra nas interacções entre os elementos. Esta abordagem foi proposta pelo biólogo Von Bertalanffy e mobilizou muitos intelectuais / cientistas, sendo actualmente uma referência fundamental, sobretudo no domínio das ciências da natureza e sociais, incluindo as terapias familiares.

Quadro 6 - Ideias centrais da teoria dos sistemas aplicadas à família.

PRINCÍPIOS	IDEIAS CENTRAIS
<b>A família é vista como um sistema integrado num supra sistema mais amplo, e que por sua vez é formada por vários subsistemas.</b>	Este conceito ajuda-nos a compreender as famílias como unidades dinâmicas, ou seja, unidades formadas por um conjunto de elementos que interagem, não só uns com os outros, como também com elementos externos à família, exercendo influência recíproca com uma intensidade variável, de acordo com o grau de abertura do sistema.

<b>A família como um todo é maior do que a soma das suas partes.</b>	A interação familiar que se estabelece permite, não só, perceber o funcionamento da unidade, como também de cada elemento individualmente, na medida em que, as partes só podem ser entendidas se compreendermos o todo e vice-versa. Assim, as interações que se celebram entre os vários elementos que compõem a família tornam reducionista a visão deste conjunto como a simples soma dos seus elementos.
<b>A mudança de um membro afecta a todos na família.</b>	Toda e qualquer alteração que afecte um membro da família afectará todos os outros membros, em maior ou menor grau, e conseqüentemente trará repercussões para o todo familiar. Concludentemente, este aspecto implicará uma alteração na organização e funcionamento familiar, de modo a que o seu equilíbrio seja garantido.
<b>A família é capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade.</b>	A visão sistémica da família permite percebê-la como estando em permanente transformação, face a exigências internas e/ou externas. Diante de uma perturbação, acontece uma alteração, a família reorganiza-se ou reequilibra para uma nova posição de equilíbrio, diferente da organização familiar anterior.
<b>Os comportamentos dos membros da família são mais bem compreendidos sob um ponto de vista de uma causalidade circular e não linear</b>	A causalidade linear (causa / efeito), embora com alguma utilidade, dá uma visão reducionista dos fenómenos familiares. Por sua vez, a causalidade circular é importante na compreensão da dinâmica familiar, pois, segundo esta visão, o comportamento de um indivíduo não só gera um efeito no outro, como também o influencia. Estas concepções permitem uma melhor exploração da situação por parte dos enfermeiros e uma abordagem que possibilite à família passar de uma visão linear das situações para uma visão mais interactiva, recíproca e sistémica.

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família.*

**Cibernética** - Esta teoria, também denominada de teoria da comunicação e controle dos organismos vivos, foi desenvolvida pelo matemático Wiener na década de 40, e está relacionada com a teoria dos sistemas, porquanto estuda a comunicação e o sistema de controle, auto regulação, dos mesmos. A aplicação deste pensamento tem sido efectuada com êxito em inúmeras áreas do conhecimento, nomeadamente nas ciências sociais.

Quadro 7 - Ideias centrais da cibernética aplicadas à família.

PRINCÍPIOS	IDEIAS CENTRAIS
Os sistemas familiares têm capacidade auto-reguladora.	É tendência dos sistemas manter uma homeostasia, deste modo a família desenvolve ao longo dos tempos a capacidade de auto regulação (readaptação à mudança) e possui autonomia para fazê-lo.
Os processos de <i>feedback</i> podem ocorrer simultaneamente nos vários níveis de sistemas com as famílias.	Uma visão mais alargada do fenómeno de feedback leva-nos a perceber que as relações estabelecidas e os comportamentos adoptados pela família são resultantes de uma complexidade de relações inter e extra familiares. Podendo este mecanismo ser positivo ou negativo.

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família.*

**Teoria da Comunicação** - Esta teoria é formada por um conjunto de ideias gerais que pensam a comunicação entre indivíduos como fenómeno social. São variadas as disciplinas das ciências humanas que têm contribuído para as suas hipóteses e análises, tais como a filosofia, a sociologia, a psicologia e a linguística.

As autoras basearam-se essencialmente na obra de Watzlawick, Beavin e Jackson na elaboração dos conceitos que fundamentam este modelo.

Quadro 8 - Ideias centrais da teoria da comunicação aplicadas à família.

PRINCÍPIOS	IDEIAS CENTRAIS
Toda a comunicação não verbal é significativa.	Não existe não comunicação. Toda a comunicação não verbal contém um vasto conteúdo, se for entendida dentro de um contexto de um comportamento não verbal.
Toda a comunicação tem dois principais canais de transmissão: digital e analógico.	A comunicação só pode ser entendida se atendermos à comunicação digital (verbal) e à comunicação analógica (não verbal: postura corporal, expressão facial, tom, música, pintura, ...). A concordância ou discordâncias destes dois tipos de comunicação devem ser avaliadas e, em caso de discordância, apreender a mais relevante.
Um relacionamento dialéctico tem vários graus de simetria e complementaridade.	Entende-se por relacionamento complementar entre duas pessoas quando uma delas parece estar em posição superior, ou seja, inicia a acção e a outra acompanha-a. Contrariamente, no relacionamento simétrico, ambas enfatizam a sua igualdade, o que permite a ambas poderem iniciar a acção, criticar a outra e dar conselhos.  Numa família, e face a certas situações e experiências, a coexistência dos dois tipos

	de relacionamentos são apropriados e saudáveis, porém, a predominância de um destes tipos pode resultar em problemas.
<b>Todas as comunicações têm dois níveis: conteúdo e relacionamento.</b>	A comunicação permite-nos perceber para além do conteúdo (o que está a ser dito) da mensagem. Qualquer comunicação transmite-nos, também, informação que define a natureza do relacionamento.

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família.*

**Teoria da Mudança** - Aspectos do processo de mudança têm sido estudados numa variedade de áreas científicas. A mudança, percebida ou não, faz parte integral do ser humano enquanto indivíduo e enquanto grupo, porém, provoca alguma tensão, ansiedade e até medo, face à conseqüente alteração que daí advém. As autoras, baseadas em inúmera literatura, consideram que a mudança na estrutura familiar também acontece como forma de readquirir estabilidade face a situações externas ou internas de desequilíbrio.

Quadro 9 - Ideias centrais da teoria da mudança aplicadas à família.

PRINCÍPIOS	IDEIAS CENTRAIS
<b>A mudança depende da percepção do problema.</b>	Cada membro da família desenvolve a sua percepção ("verdade", "realidade") face a determinado problema, resultante da sua história interaccional com as pessoas e genética. A intervenção de enfermagem envolve pois, conhecer e reconhecer estas diferentes percepções com o objectivo de oferecer outro ponto de vista dos seus problemas.
<b>A mudança é determinada pela estrutura.</b>	Conceito baseado no determinismo estrutural de Maturana e Varela, que adaptada às famílias, estabelece que os elementos da família lidarão na interacção de acordo com as suas estruturas internas que descrevem todos os meios de mudança possíveis para aquele indivíduo.
<b>A mudança depende do contexto.</b>	O contexto da família, em relação aos sistemas mais amplos, pode dificultar, ou mesmo impossibilitar, a mudança na família. As intervenções para promover a mudança na família implicam um conhecimento das suas restrições e dos seus recursos contextuais.
<b>A mudança depende de objectivos de tratamento co-desenvolvidos.</b>	A mudança é mais bem sucedida se houver uma real interacção, colaboração, entre famílias e enfermeiros na objectivação de objectivos realistas e adequados, sendo o principal papel do enfermeiro ajudar a família a encontrar as suas próprias resoluções para os problemas identificados.

<p><b>Somente compreensão não leva à mudança.</b></p>	<p>A mudança ocorre mais frequentemente através da modificação de crenças e de comportamentos, do que do simples entendimento do problema. Este conhecimento implica a necessidade de uma abordagem sistémica, versus a abordagem linear: mais do que explorar o porquê interessa explorar o que está, no momento, a ser feito para o problema se manter ou o que poderá ser feito para que aconteça a mudança.</p>
<p><b>A mudança não ocorre necessariamente de maneira igual em todos os membros da família.</b></p>	<p>A família, como sistema, comporta vários subsistemas, com características específicas, o que faz com que cada um se modifique com intensidade e ritmo diferentes. Contudo, a mudança que se opera num elemento tem influência na mudança e transformação dos outros elementos.</p>
<p><b>Facilitar a mudança é responsabilidade do enfermeiro</b></p>	<p>As famílias possuem capacidades para efectuar e avaliar a mudança, que são determinadas pela sua estrutura biopsicossocial e não por outras pessoas. Face a este pressuposto, o papel do enfermeiro não é o de resolver os problemas da família, mas de, em colaboração com elas, facilitar o contexto para a mudança, devendo estas agradar mais à família do que ao enfermeiro.</p>
<p><b>A mudança ocorre através de “ajuste” ou adaptação entre as propostas (intervenções) terapêuticas do enfermeiro e as estruturas biopsicos-sociais-espirituais dos membros da família.</b></p>	<p>Este pressuposto surge como clarificação, ou até reforço, de alguns anteriormente apresentados.</p> <p>A reacção de um elemento da família ao estímulo (proposta terapêutica / intervenção) é sobretudo especificada pela sua estrutura. A compreensão deste desígnio leva a que o enfermeiro, face à não adesão, tente melhorar a adaptação do elemento da família, acautelando, assim, os juízos de valor.</p>
<p><b>A mudança pode ter uma infinidade de causas</b></p>	<p>Face a este pressuposto, torna-se, por vezes, difícil especificar o que desencadeou a mudança, podendo ser mesmo resultante da simples colheita de dados da família.</p> <p>Mais importante do que perceber o que a desencadeou, é o facto de atribuirmos essa mudança à família.</p>

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família.*

**Biologia da Cognição** - É considerada uma ramificação do pós-modernismo e foi descrita pelos biólogos chilenos Maturana e Varela com o principal objectivo de compreender e descrever como os seres vivos conhecem o mundo. A compreensão de que os seres vivos constroem o conhecimento a partir de uma atitude interactiva e não passiva, tem tido uma expansão expressiva e tem influenciando muitas áreas do pensamento.

Quadro 10 - Ideias centrais da biologia da cognição aplicadas à família.

PRINCÍPIOS	IDEIAS CENTRAIS
<b>Duas possíveis vias para explicação do nosso mundo são a objectividade e a objectividade entre parênteses.</b>	A realidade descrita por uma pessoa não existe independente dela, pois é uma reformulação da sua experiência. Consequentemente, a realidade que cada membro da família descreve não é uma realidade objectiva, mas sim uma realidade entre parênteses, pois é uma reformulação de sua experiência vivida.
<b>Nós produzimos as nossas realidades pela interacção com o mundo, connosco e com os outros, através da linguagem.</b>	A realidade que percebemos depende da nossa estrutura. Sendo esta individual, então, existem tantas realidades quantas pessoas “percebedoras”. Os indivíduos encerram a habilidade de formar um significado pessoal, respondendo e interagindo uns com os outros e com o mundo.

Fonte: Criado a partir de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família.*

São estes pressupostos que alicerçam o Modelo *Calgary* de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo *Calgary* de Intervenção na Família (MCIF), que serão posteriormente explanados.

## 2.2 – PROCESSO DE ASSISTÊNCIA À FAMÍLIA

O processo de Enfermagem é, desde há muito, aceite e assumido como um dos fundamentos dos cuidados de enfermagem, pois confere-lhe uma forma sistemática e estruturada de resolução de problemas. Phaneuf define esta metodologia como sendo *um processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada.* Cita ainda que este método deverá ser entendido como *um processo em espiral e contínuo... no qual as etapas se sucedem, mas onde também por vezes se sobrepõem* (2001, p.93).

Collière (1999), refere que o processo de cuidados de enfermagem resulta da interacção entre duas ou mais pessoas, em que todas contribuem com os vários elementos que possuem, face a uma situação específica, *com vista a conseguir determinar a natureza dos cuidados a proporcionar, a razão destes cuidados, os objectivos e os meios necessários para os atingir* (p. 293). Refere ainda que, face às características que o definem, este processo *nunca poderá constituir objecto de aplicação sistemática de conhecimentos nem de aplicação sistemática de instrumentos* (p. 293).

Inicialmente descrito com três etapas, tendencialmente hoje apresenta-se com cinco fases: *colheita de dados, análise e interpretação dos dados, planificação, execução das intervenções e avaliação.*

A OE (2004) enobrece esta metodologia na descrição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, ao argumentar que estes devem ter idoneidade, no que respeita à prestação de cuidados, para colher dados, planeá-los, executá-los e avaliá-los, o equivalente às diversas etapas do processo de enfermagem.

Do mesmo modo, o ICN e a *Division of Nursing of United States Department of Health and Human Services* (2002), ao identificarem as competências do Enfermeiro de Família fazem-no aludindo às etapas do processo de enfermagem.

Este facto assenta nos objectivos específicos da sua utilização que, segundo Phaneuf (2001) são:

- *proporcionar um quadro para o planeamento dos cuidados de enfermagem;*
- *responder às efectivas necessidades da pessoa/grupo, através da personalização dos cuidados;*
- *identificar e maximizar os recursos internos e externos do alvo de cuidados;*
- *planear as intervenções;*
- *coordenar o trabalho da equipa;*
- *garantir a continuidade dos cuidados* (p. 95).

Torna-se, então, incontestável que esta maneira de prestar cuidados deverá ser utilizada por todos os enfermeiros, em qualquer contexto da prática e na prestação de cuidados a indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, como forma de melhor observar, analisar e satisfazer as necessidades do alvo de cuidados.

Porém, para que esta metodologia de trabalho garanta os seus objectivos e tenha um verdadeiro impacto nos cuidados prestados, torna-se condição necessária o seu registo.

Defrontamo-nos então com a problemática dos Registos de Enfermagem que assumem um valor incalculável, pois, para além de terem valor legal e comunicacional com a restante equipa de saúde, fundamentam a existência da enfermagem. Efectivamente, os registos reflectem todo o processo de enfermagem, pois reproduzem a intervenção do enfermeiro no desempenho das suas funções ao descreverem as avaliações efectuadas, as intervenções planeadas, a progressão dos cuidados prestados, os resultados conquistados, novos dados que contribuirão para uma reavaliação, a resposta e comportamento da família, entre outros que possam vir a ser considerados pertinentes.

Du Gas (1984) considera que o registo é a comunicação por escrito dos factos essenciais para manter uma história continuada das situações. É então o reflexo da intervenção do enfermeiro no desempenho das suas funções.

Deste modo, torna-se inquestionável a sua contribuição na qualidade, continuidade e individualização dos cuidados; na tomada de decisão (clínica, política, de gestão e do próprio utente); na formação; na investigação e na criação de indicadores fiáveis.

A questão dos registos de enfermagem remonta ao tempo de Florence Nightingale, sua defensora acérrima, continuando porém a ser um assunto de discussão actual, face ao aumento de informação que temos de registar e comunicar e ainda ao acréscimo do número e da complexidade de problemas e cuidados que temos de controlar.

Estes factores edificaram novas inquietações, nomeadamente relacionadas com o aperfeiçoamento de uma nomenclatura que minimizasse interpretações ambíguas e que fosse perceptível quer entre os enfermeiros, quer entre os vários profissionais de saúde, possibilitando ainda uma comparação efectiva da prestação de cuidados, ao longo do tempo, em diferentes contextos e entre nações. Foi face a estas inquietudes que, em 1989, o ICN deliberou, por proposta efectuada pela Associação Americana de Enfermeiras ao Conselho de Representantes Nacionais, desenvolver uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (fenómenos, intervenções e resultados) que agregasse as variadas classificações existentes a nível mundial até ao momento. Desde então têm-se sucedido várias estratégias e actividades para o aperfeiçoamento de um vocabulário e estrutura que descreva a enfermagem, que proporcione uma maior consistência na continuidade dos cuidados e que auxilie uma efectiva avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Surge entretanto outra questão que tem a ver com a informatização dos dados como forma de melhor geri-los, considerando-se que proporcionam um uso mais eficaz dos recursos, melhoram o acesso à informação, reduzem custos e facilitam o desenvolvimento da investigação, resultando em benefícios directos e indirectos para o cliente (Paiva, 2006).

A Rede de Informação da Saúde, desenvolvida e gerida pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde é já uma realidade em Portugal, possibilitando uma comunicação em tempo real, dentro das próprias instituições e entre as diferentes instituições de saúde que integram o Ministério da Saúde.

Diante desta realidade surgem algumas áreas que necessitam de especial atenção, nomeadamente, a garantia da protecção de dados e confidencialidade, adaptação dos trabalhadores da saúde à utilização das ferramentas informáticas,

necessidade de criar sistemas informáticos que sejam concordantes com a área de intervenção dos diferentes profissionais de saúde, entre outras.

Foi com base neste último pressuposto e na necessidade de desenvolver um modelo de Sistema de Informação em Enfermagem que *funcione e que optimize o tratamento, gestão e organização da informação que rodeia os processos envolvidos nos cuidados de enfermagem* (Paiva, 2006, p. 49), que surge o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) primitivamente denominado de ENFIN (Enfermagem/Informática) aquando do seu desenvolvido pelo Enfermeiro Abel Paiva, na sua tese de Doutoramento.

O SAPE encontra-se numa base estrutural do sistema de informação da saúde constituída por duas aplicações: o SIMUS, para os Cuidados de Saúde Primários e o SONHO, para os cuidados hospitalares. Esta subdivisão levanta questões respeitantes à articulação dos cuidados e partilha de informação entre as instituições, pelo que se tem vindo a defender que estes deveriam associar-se num só sistema. Por outro lado, toda esta conjuntura tem suscitado dificuldades decorrentes da indispensabilidade de uma constante actualização à rápida evolução tecnológica, assumindo o Ministério da Saúde, no Plano Nacional de Saúde 2004/2010 que estas aplicações *se encontram actualmente desadequadas do ponto de vista funcional e tecnológico* (Vol. II, p.138).

Outro obstáculo identificado e directamente relacionado com o SAPE relaciona-se com a necessidade de adaptá-lo à evolução e desenvolvimento que a CIPE tem vindo a sofrer.

Face à incapacidade do Ministério da Saúde dar resposta a estas lacunas, por *não possuir serviços e recursos humanos suficientes e devidamente qualificados* (OE, 2006, p.5), assume-se novas políticas que permitem uma maior autonomia das Instituições de Saúde na aquisição de *software* clínico, incluindo a vertente de Enfermagem, correndo-se o risco de existirem aplicações informáticas nas várias instituições de saúde que

*não cumpram minimamente aquilo que são os requisitos exigidos para a produção de informação em Enfermagem, ... contribuindo para um prejuízo na qualidade e continuidade dos cuidados, mas também na visibilidade desses mesmos cuidados nos sistemas de informação com tudo o que isso implica, nomeadamente dificuldades de gestão, investigação e na tomada de decisão de nível superior* (OE, 2007, p.17).

Preocupada com esta realidade a Ordem dos Enfermeiros produziu um documento onde apresentava os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais para o Sistema de Informação em Enfermagem, tendo dado início a um processo voluntário de certificação das aplicações informáticas, com base nessas normas emanadas, com a finalidade de garantir a utilidade para as organizações e para a profissão, dos conteúdos retirados desses aplicativos (OE, 2007).

Esta Entidade tem vindo a desenvolver várias medidas relacionadas com esta temática, de onde se destacam a elaboração do

*Quadro de Referências para a Construção de Indicadores de Enfermagem*, a enunciação de *Objectivos Mínimos para os Cuidados de Saúde Primários* e a comunicação do *Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem como Suporte à Tomada de Decisão Política e como Garantia da Segurança e da Qualidade dos Cuidados* (OE, 2007, p. 18).

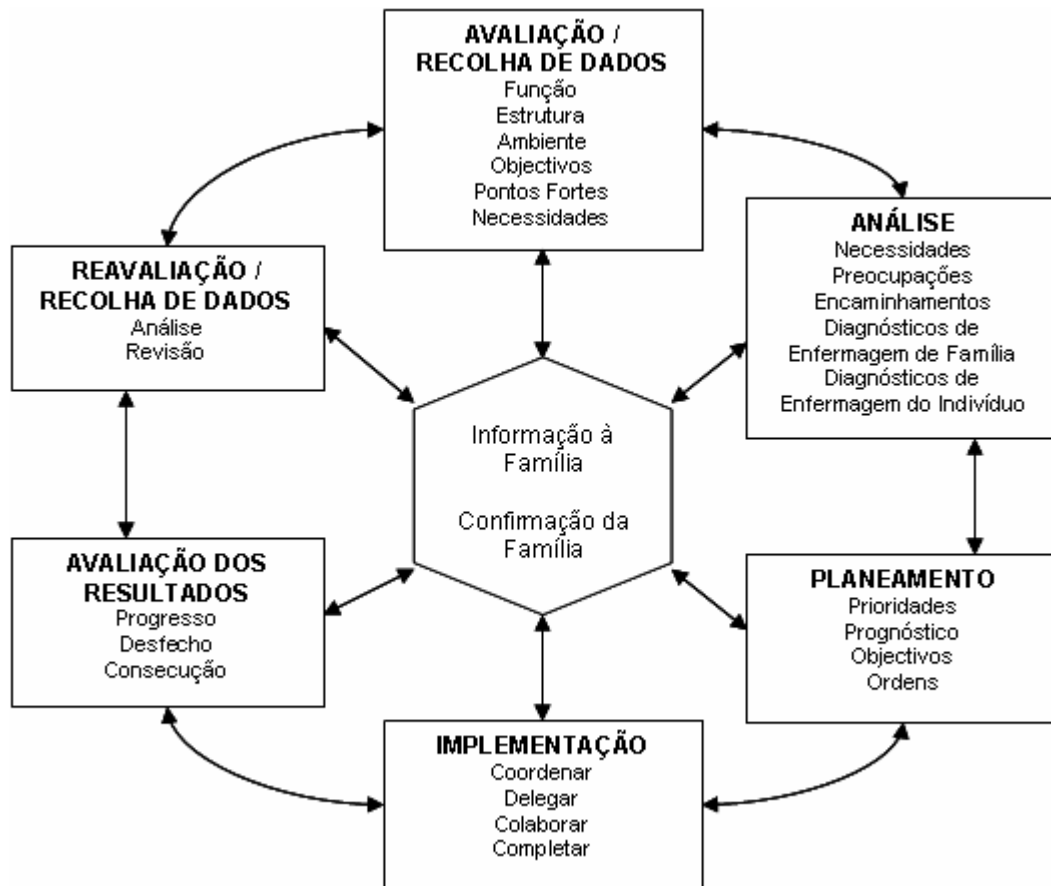
Na Região Autónoma da Madeira, tratando-se de um meio geográfico mais pequeno, a realidade é um pouco diferente. Uma equipa formada por Informáticos e Enfermeiros está a incrementar uma versão experimental de uma aplicação única, para os Cuidados Hospitalares e para os Centros de Saúde, estando ainda em fase de estudo piloto em alguns serviços, não sendo possível a aquisição deste serviço junto de outras entidades. Se por um lado esta situação permite um maior controlo nos objectivos que se pretendem alcançar com a informatização dos dados de enfermagem, surgem alguns problemas que não diferem do todo Nacional, nomeadamente no cumprimento dos períodos previstos para o desenvolvimento de todo o processo, principalmente nos Cuidados de Saúde Primários.

Mas se toda esta metodologia científica de enfermagem envolve alguma complexidade e tem constituído um desafio constante na profissão de enfermagem, quando alargada para uma abordagem à família este desafio assume maiores proporções.

Ross (2005), ao referir-se ao processo de enfermagem à família, sustenta esta complexidade na multiplicidade de indivíduos e na diversidade de relações existentes entre os mesmos. Atrevíamo-nos ainda a dilatá-la face à permeabilidade das famílias em relação ao meio ambiente, ou seja, relativamente às pessoas e grupos com os quais tem um relacionamento mais ou menos directo.

Esta complexidade reforça a necessidade de se constituir um processo permanente de comunicação bidirecional, onde se estabeleçam relações dialogais, criativas, críticas e participativas entre o enfermeiro e a família, representada na figura seguinte.

Figura 4 - Processo contínuo da comunicação bidireccional na interacção entre a família e o enfermeiro



Fonte: Ross, Beverly J. (2005). Fundamentos Teóricos para a Enfermagem de Família. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). *Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação*, p.167.

O mesmo autor enaltece alguns aspectos na utilização desta metodologia junto das famílias que fortalecerão esse tipo de comunicação e que passamos a expor.

Na **Avaliação / Recolha de Dados** da Família, considerada como primeira etapa do processo de enfermagem, o enfermeiro decide que informação recolher, como, quando e onde, repetindo-se este processo ao longo de toda a relação entre o enfermeiro e a família com o objectivo de proceder a uma actualização constante do processo de enfermagem. Esta etapa surge subdividida em duas fases.

Um *Estado anterior à recolha de dados*, onde acontece a edificação de uma relação com a família que facilite uma troca de informação, por vezes sensível, da forma mais confortável possível, sendo este o princípio necessário para uma relação de colaboração e respeito contínuos e mútuos.

A *Avaliação / recolha de dados* propriamente dita, deve ser concebida num modelo conceptual e feita a partir de diversas fontes - observação, entrevista, documentos escritos e consulta de outros profissionais de saúde. Nesta etapa deverão ser utilizadas técnicas de avaliação familiar, por exemplo o Genograma e o Ecomapa, que permitem uma análise holística e integrada do comportamento por parte do profissional e do cliente. Esta fase surge com o objectivo de determinar a capacidade da família em satisfazer de modo eficaz as necessidades dos seus membros, determinando-se, face às necessidades de cuidados, qual a abordagem de enfermagem que mais se adequa.

Wright e Leahey (2002) fazem referência à importância de identificar algumas directrizes para determinar quais as famílias a serem consideradas para avaliação. Neste sentido, apontam algumas situações que têm indicação para uma avaliação familiar, nomeadamente uma família que esteja a vivenciar um sofrimento físico e/ou espiritual ou ruptura causados por uma crise familiar ou por um marco de desenvolvimento; família que define um problema como uma questão familiar e existe motivação para a sua avaliação; família que reconhece uma criança ou adolescente como tendo dificuldades ou que esteja para ser hospitalizada; família que esteja a enfrentar situações sérias suficientes para ameaçar a relação dos seus membros.

Mas se existem situações onde a avaliação da família se impõe, outras há em que a consideram contra-indicada, tais como: situações em que haja comprometimento da individualização de um membro pelo facto de se fazer tal avaliação, situações em que o contexto da situação familiar permite pouca ou nenhuma influência, entre outras.

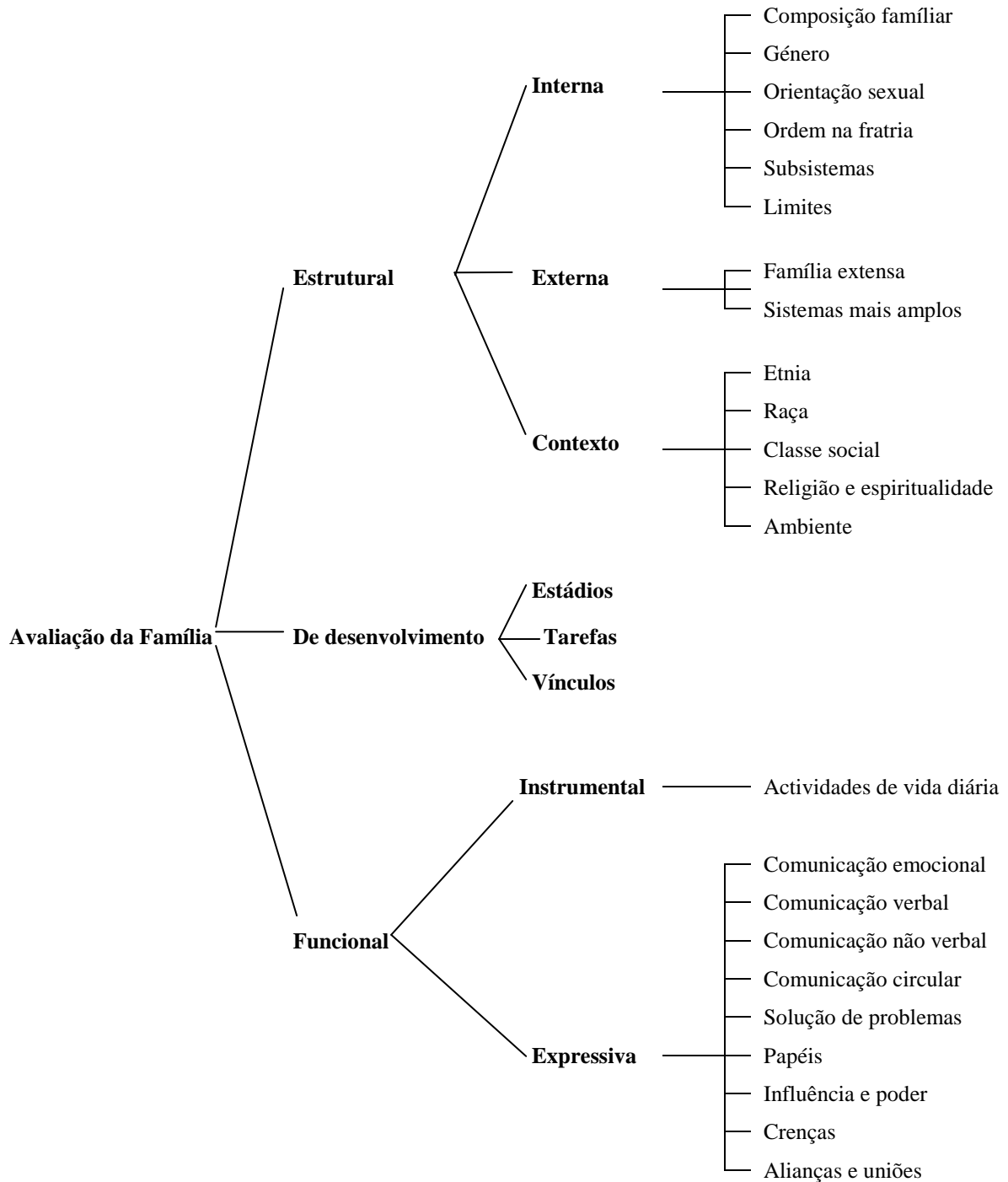
A **Análise dos dados** é simultaneamente efectuada com a recolha de dados, onde toda a informação é analisada, classificada e comparada. Esta fase apresenta alguma complexidade, sendo imprescindível para a identificação das expectativas da família, das suas preocupações relacionadas com a saúde, dos seus pontos fortes e limitações, clarificação e confirmação junto da família da informação colhida e dos diagnósticos exactos que determinem um foco para as intervenções de enfermagem.

Mas se anteriormente referimos à importância de um modelo conceptual que oriente estas etapas do processo de enfermagem, o Modelo de *Calgary* de Avaliação Familiar (MCAF) constitui um desses exemplos, uma vez que incorpora diferentes dimensões interligadas de forma complexa e que se complementam. Assim, a avaliação familiar deverá ser efectuada em torno de três dimensões: *Estrutural*, de *Desenvolvimento* e *Funcional*, contendo, cada uma delas, várias categorias que, por sua vez, se fragmentam em subcategorias, conforme ilustrado na figura 5.

As autoras chamam a atenção para o facto de o enfermeiro necessitar de arbitrar as subcategorias necessárias para explorar, face a cada família e em cada momento,

reconhecendo assim que, perante algumas situações, nem todas as subcategorias necessitarão de avaliação.

Figura 5 - Diagrama do Modelo *Calgary* de Avaliação Familiar



Fonte: adaptado de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*, p.66.

A **Avaliação Estrutural** da família torna-se indispensável para o conhecimento de quem a compõe, das relações intra e extra familiares e do seu contexto. Esta dimensão

incorpora aspectos internos, contextuais e externos que, de modo sucinto, passaremos a enunciar.

A **Estrutura Interna** encerra seis subcategorias:

A *composição familiar*, onde ao tentar identificar os membros que pertencem à família, o enfermeiro pode confrontar-se com algumas dificuldades face à grande diversidade de definições atribuídas ao termo família, tal como anteriormente abordado. Torna-se então imperativo que os enfermeiros abonem uma enunciação que lhes permita reconhecer todas as formas familiares que se lhes apresentem, atribuindo desta forma maior significado aos laços de pertença que determinam a composição familiar.

Nesta categoria o enfermeiro deverá observar e valorizar as alterações, permanentes ou temporárias, na composição familiar.

O *género* prende-se com a configuração familiar, social, cultural e religiosa das questões relacionadas com a masculinidade e feminilidade. A sua avaliação será uma mais valia pois permite perceber em que medida as concepções familiares do género influenciam as próprias experiências familiares.

A *orientação sexual*, onde se pretende identificar as orientações sexuais dos elementos que compõem a família, onde se inclui homo, hetero e bissexuais. Esta, é uma questão que pode trazer dificuldades face à discriminação, esteriotopia, falta de conhecimento e insensibilidade que ainda existe em torno desta temática.

A *ordem de nascimento*, é a subcategoria que diz respeito à avaliação dos filhos, quanto à idade e ao sexo. A sua avaliação torna-se importante uma vez que estes elementos poderão influenciar os padrões familiares e, conseqüentemente, os padrões sociais.

Os *subsistemas*, pretendem reconhecer os diferentes subsistemas existentes na família, como são definidos (geração, sexo, interesse, função ou história), como funcionam e as estratégias desenvolvidas por cada elemento em cada subsistema a que pertence.

Os *limites* e a sua identificação encontra-se muito relacionada com a subcategoria anterior, na medida em que corresponde à identificação dos limites / fronteiras, estabelecidos entre os sistemas e subsistemas, cuja função é protege-los e diferenciá-los, mantendo assim uma homeostasia familiar. O tipo de limites estabelecidos, que poderão ser difusos, rígidos ou permeáveis, são facilitadores ou dificultadores do seu funcionamento.

Por sua vez a **Estrutura Externa** avalia a relação da família com pessoas externas ao núcleo familiar, tais como a família alargada, a escola, o local de trabalho, os amigos, as instituições de saúde, entre outros. Compreende, então, duas subcategorias: a *família extensa* e os *sistemas mais amplos*.

Deste modo, a avaliação da *família extensa* permite identificar o significado que a família atribui à sua família de origem ou de procriação, assim como à família da actual geração. Este aspecto torna-se importante na medida em que a família extensa interfere, positiva ou negativamente, no funcionamento familiar e pelo papel de suporte que poderá desempenhar junto da família em estudo.

Nos *sistemas mais amplos* incluem-se as instituições sociais mais amplas e as pessoas com as quais a família tem proximidade mais significativa que, como espaços de socialização e de forma semelhante à família extensa, interferem na dinâmica familiar. Também de forma análoga a sua avaliação permite a identificação de redes sociais de suporte.

Por fim, e contido na avaliação estrutural temos o **Contexto**, onde se avaliam as interacções entre os membros da família no contexto das crenças familiares e padrões culturais, a importância da classe social na definição de estilos de vida e comportamentos e, ainda, a influência da religião e espiritualidade na saúde da família. Esta categoria incorpora cinco subcategorias, que passamos a descrever.

A *etnia*: identifica as crenças e valores transmitidos pelas gerações anteriores e reforçadas pela comunidade em que se inserem ou com que se identificam. As interacções entre os membros da família, da família com o meio e dos padrões face à saúde e à doença, no âmbito das suas crenças, determinam a sua singularidade em relação às outras famílias.

A avaliação da *raça* é importante visto a identificação do indivíduo e da família ser influenciada por esta categoria, sendo que, as atitudes raciais, estereótipos e discriminação social podem funcionar como forças facilitadoras ou dificultadoras do funcionamento familiar.

À *classe social*, sobrevém o facto de cada classe social encerrar um conjunto próprio de valores, estilos de vida e comportamentos com repercussões na interacção intra familiar e sistemas mais alargados. Interessa perceber que os processos de saúde/doença e o acesso aos cuidados de saúde se encontram fortemente relacionados com esta subcategoria. Para auxiliar nesta avaliação o enfermeiro deverá recorrer a alguns instrumentos com esse fim, como por exemplo ao índice de Graffar.

A *religião e espiritualidade* são elementos que influem nos valores, interacção familiar, hábitos sociais e cuidados de saúde da família, interessando pois, questionar a sua influência nestes domínios.

O *ambiente* inclui aspectos relacionados com as condições habitacionais; de acessibilidade à escola, a transportes, à recreação e aos cuidados de saúde, entre outros que influenciam o funcionamento familiar. Assim, o ambiente pode ser um factor promotor, ou não, de bem-estar familiar.

Como instrumentos básicos da Avaliação Estrutural, Interna e Externa, o modelo destaca o Genograma e o Ecomapa, como sendo de grande utilidade para o enfermeiro e para a família. Podemos mesmo afirmar que se tratam de elementos indispensáveis para qualquer avaliação familiar, independentemente da abordagem que se pretende, pois permite colher, registar e analisar informação do sistema familiar, ao longo de, pelo menos, três gerações, e utilizá-los para planear estratégias de intervenção.

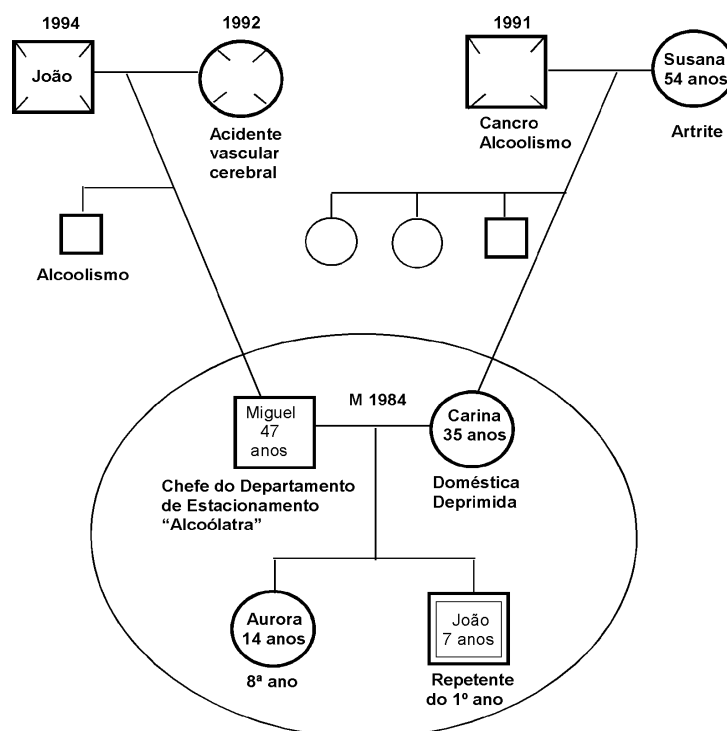
O genograma é uma representação gráfica dos membros da família, similar à árvore genealógica, mas mais complexa, pois, a informação que nos fornece vai para além da simples representação visual da origem dos indivíduos. Representa ainda, através de símbolos mais ou menos normalizados, a estrutura e a dinâmica familiar.

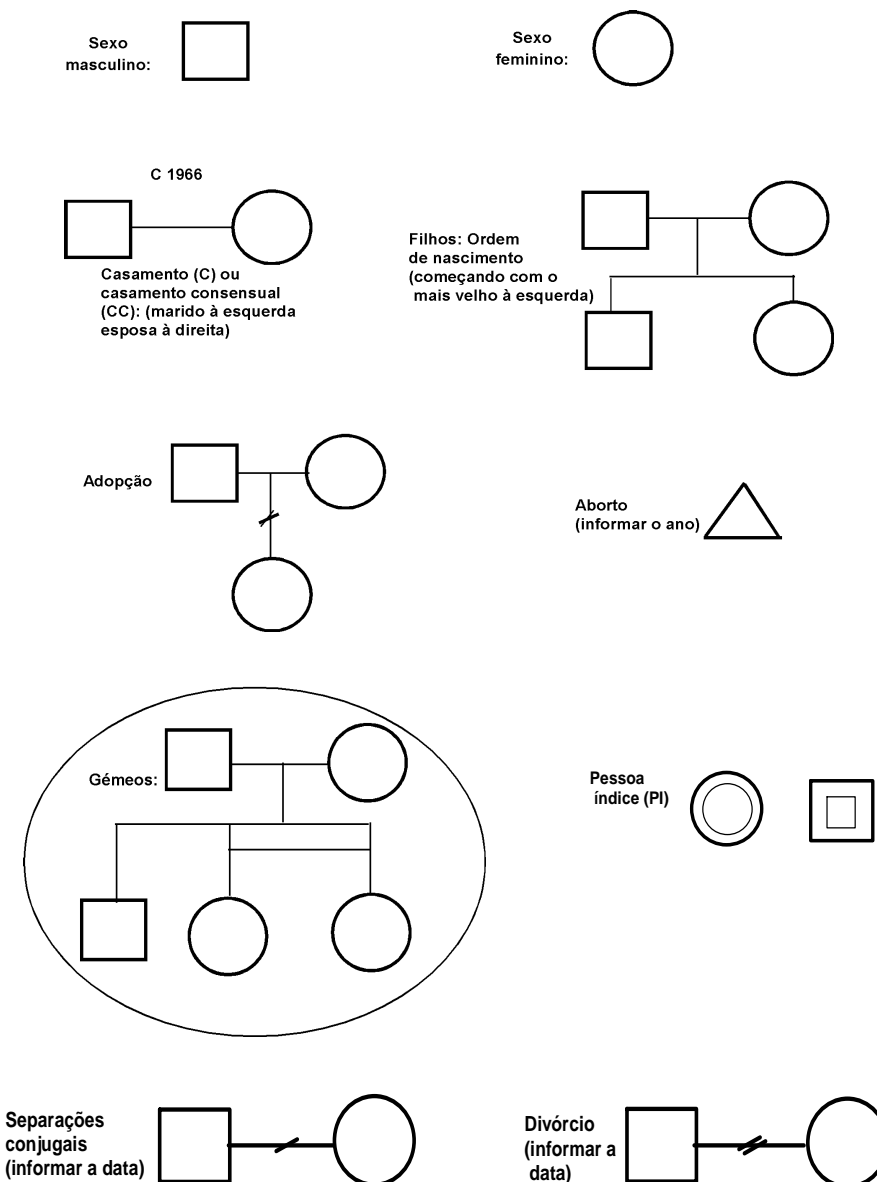
As autoras aconselham a sua elaboração no primeiro encontro com a família, porém, parece-nos importante reforçar a ideia de que, para além de poder não ser pertinente a colheita de todos os dados neste primeiro momento, é necessário proceder a actualizações frequentes, sempre que surja informação nova e relevante.

A sua elaboração deverá ser resultante de um trabalho conjunto entre a família e o enfermeiro, podendo mesmo servir de instrumento de ensino junto à família, devendo ainda fazer parte dos registos de todas as famílias e ser acompanhado por uma legenda que permita a todos os profissionais de saúde interpretarem o seu significado.

Apresentamos um exemplo de genograma e alguma simbologia utilizada para a elaboração dos mesmos, na figura seguinte.

Figura 6 – Genograma





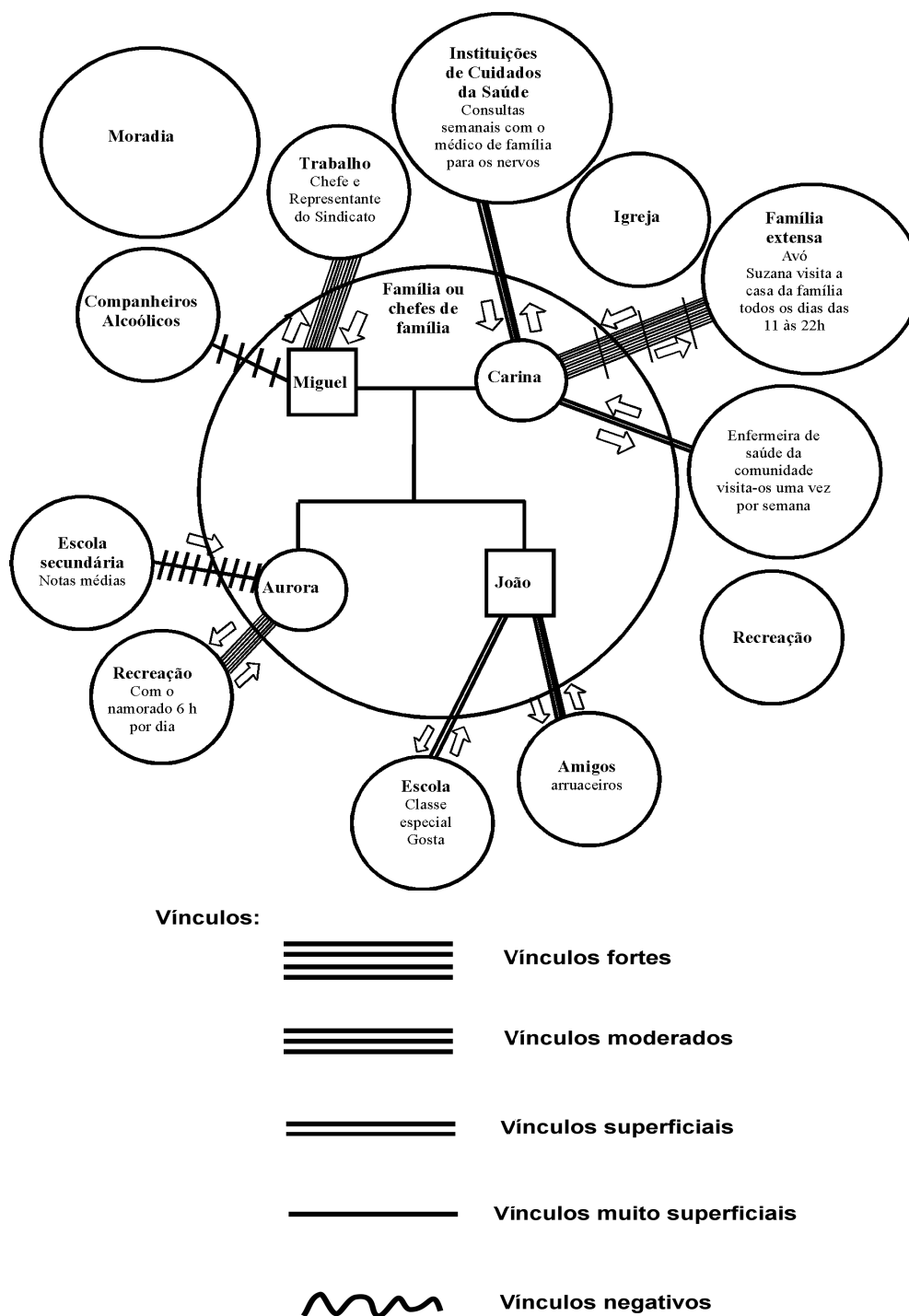
Fonte: adaptado de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*, (segundo McGoldrick M.& Gerson, 1998), p.86 e 87.

O Ecomapa ou mapa familiar, é outra representação gráfica que pretende ilustrar a natureza das relações entre a unidade familiar e a comunidade, designadamente, com as estruturas sociais do meio em que habita, *ilustrando-nos os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família* (Agostinho, 2007, p. 327).

De forma simplificada, o ecomapa utiliza o genograma familiar num círculo central, círculos exteriores representativos dos diferentes sistemas com papel relevante para a família e linhas que unem esses círculos aos membros da família e que representam a natureza e a qualidade dos vínculos afectivos existentes, tal como se pode ver na figura

que se segue. Por sua vez, estas linhas podem ser acompanhadas por setas que indicam a direcção da corrente de energia e os recursos entre os indivíduos e entre a família e a comunidade.

Figura 7 – Ecomapa e respectiva simbologia



Fonte: adaptado de Wright, L.; Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família*, p.93e 98.

Em modo de síntese, o genograma e o ecomapa são instrumentos com grande impacto visual, que deverão ser elaborados em colaboração com a família e usados em diferentes contextos de saúde e que, embora apresentem algumas limitações, ampliam e facilitam o conhecimento sobre a estrutura familiar e as interacções entre os membros da família, entre a família e a família alargada e, por fim, entre a família e outros sistemas da comunidade.

Outra das componentes que integram a avaliação é a dimensão do **Desenvolvimento**, que abraça duas concepções: a de ciclo vital da família e a de desenvolvimento, que em nosso entender se complementam numa efectiva avaliação familiar.

O ciclo vital da família, para Relvas, é a *sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas* (2000, p.16). As autoras do modelo simplificam esta definição enunciando-a como a *trajectória típica que a maioria das famílias percorre* (Wright & Leahey, 2002, p. 95).

A noção de Ciclo Vital da Família surge com a teoria do desenvolvimento de Duvall e Miller, ajustável às famílias nucleares e onde inicialmente apresentavam quatro etapas, aumentando-as posteriormente, para oito, com início no casamento e fecho na morte do casal. Inerentes a estas etapas existem necessidades e tarefas da família que têm de ser desempenhadas, para satisfação das necessidades biológicas, psicológicas, espirituais e culturais (ver quadro 11).

Segundo Minuchin e Fishman (2003), estas etapas seguem uma progressão de complexidade crescente, havendo períodos de equilíbrio e adaptação, caracterizados pelo domínio de tarefas e atitudes pertinentes. Coexistem, também, períodos de desequilíbrio, que resultam de um salto para um estágio novo e mais complexo, no qual se desenvolvem novas tarefas e habilidades.

Diante desta abordagem podemos perceber que a eficácia com que são efectuadas as tarefas de determinada etapa influenciam a realização das tarefas inerentes à etapa seguinte.

Quadro 11 - Ciclo Vital de Duvall relacionado com preocupações/necessidades em saúde.

ESTÁDIOS	TAREFAS	NECESSIDADES DE SAÚDE
<p><b>Casais sem filhos</b> (do casamento ao nascimento do 1º filho)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória.</li> <li>• Preparação para a gravidez e para a parentalidade (nascimento do 1º filho).</li> <li>• Consolidação das novas relações familiares – relação harmoniosa com a família alargada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação e aconselhamento sobre o planeamento familiar,</li> <li>• Educação e aconselhamento pré natal.</li> </ul>
<p><b>Famílias com filhos pequenos</b> (do nascimento do 1º filho até à idade pré-escolar, 3 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupação com a educação dos filhos</li> <li>• Adaptação da casa ao bem-estar dos pais e dos filhos.</li> <li>• Manutenção de uma relação conjugal satisfatória.</li> <li>• Ajuste das tarefas e necessidades desenvolvimentais dos vários membros da família.</li> <li>• Expansão dos relacionamentos da família alargada adindo os papéis de pais e avós.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação para a experiência do nascimento</li> <li>• Transição para a maternidade e paternidade</li> <li>• Cuidados infantis</li> <li>• Bem-estar do bebé</li> <li>• Reconhecimento antecipado e gestão apropriada de problemas de saúde da criança</li> <li>• Imunização</li> <li>• Padrão normal de crescimento e desenvolvimento</li> <li>• Medidas de segurança</li> <li>• Planeamento familiar</li> <li>• Interação familiar</li> <li>• Comportamentos saudáveis – sono, nutrição e exercício físico.</li> </ul>
<p><b>Família com filhos em idade pré-escolar</b> (da idade pré escolar até à entrada na escola, 6 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptação, como pais, ao desgaste físico e à falta de intimidade.</li> <li>• Socialização da criança.</li> <li>• Corresponder às necessidades e interesses dos filhos, estimulando a descoberta de novos horizontes.</li> <li>• Adaptação da habitação às necessidades dos membros da família – espaço, privacidade e segurança.</li> <li>• Manutenção de relações saudáveis no interior da família, com a família alargada e com a comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças infecto-contagiosas na criança.</li> <li>• Prevenção de acidentes e segurança habitacional.</li> <li>• Relação conjugal</li> <li>• Relações entre os subsistemas familiares</li> <li>• Planeamento familiar</li> <li>• Necessidades de crescimento e desenvolvimento</li> <li>• Questões relacionadas com a parentalidade</li> <li>• Negligência e abuso infantil</li> <li>• Comportamentos saudáveis</li> </ul>
<p><b>Família com filhos em idade escolar</b> (da entrada na escola até à adolescência)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração dos filhos na comunidade escolar.</li> <li>• Encorajamento dos filhos para o sucesso escolar.</li> <li>• Apoio das relações saudáveis de pares.</li> <li>• Manutenção de uma relação conjugal satisfatória.</li> <li>• Reconhecer e dar resposta as necessidades de saúde dos membros da família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de saúde na criança – visão, audição, fala</li> <li>• Saúde oral</li> <li>• Negligência e abuso infantil</li> <li>• Abuso de substâncias</li> <li>• Doenças infecto-contagiosas</li> <li>• Condições crónicas</li> <li>• Problemas comportamentais</li> <li>• Comportamentos saudáveis</li> </ul>

<p><b>Família com adolescentes</b> (da saída da escola ao início de estudos superiores, 20 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para o equilíbrio entre a liberdade e a emancipação nos adolescentes.</li> <li>• Procura de novas áreas de interesse e mesmo carreiras profissionais para além da educação dos filhos.</li> <li>• Renovação e concentração na relação conjugal.</li> <li>• Comunicação aberta entre pais e filhos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidentes</li> <li>• Lesões desportivas</li> <li>• Abuso de droga e álcool</li> <li>• Controle de nascimento</li> <li>• Gravidez indesejada</li> <li>• Educação sexual</li> <li>• Relação conjugal</li> <li>• Relação adolescente / pais</li> <li>• Comportamentos saudáveis</li> </ul>
<p><b>Família com filhos adultos jovens</b> (os filhos saem de casa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir adequadamente e propiciar rituais apropriados à saída dos filhos à procura de trabalho, para o serviço militar, para casarem, etc.</li> <li>• Expansão do círculo familiar aos jovens adultos incluindo novos membros por casamento dos filhos.</li> <li>• Continuidade na renovação e reajustamento da relação conjugal.</li> <li>• Assistência aos parentes idosos e doentes do casal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padrões de comunicação entre os pais e os filhos adultos jovens</li> <li>• Problemas associados à transição do papel dos filhos para marido e mulher</li> <li>• Surgimento de doenças crónicas</li> <li>• Planeamento familiar nos adultos jovens</li> <li>• Inquietações com a menopausa</li> <li>• Efeitos associados com práticas prolongadas de alcoolismo, tabagismo e erros dietéticos</li> <li>• Estilos de vida saudáveis</li> </ul>
<p><b>Família de meia-idade</b> (entre a saída do último filho e a reforma)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provimento de um ambiente promotor de saúde</li> <li>• Fortalecimento da relação conjugal.</li> <li>• Manutenção de relações satisfatórias e significativas com as diferentes gerações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamentos saudáveis</li> <li>• Relação conjugal</li> <li>• Comunicação com as crianças, noras/genros, netos e pais idosos</li> <li>• Preocupações enquanto cuidador</li> <li>• Adaptação às alterações físicas da idade</li> </ul>
<p><b>Família idosa</b> (da reforma à viuvez)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção de uma vida harmonizada e satisfatória</li> <li>• Reacção positiva à situação da reforma – ocupação do tempo, redução do rendimento económico, ...</li> <li>• Manutenção de laços familiares entre as diversas gerações .</li> <li>• Manutenção da relação conjugal.</li> <li>• Adaptação à viuvez e a viver só.</li> <li>• Revisão da sua vida e integração, dando sentido à sua vida.</li> <li>• Capacitação para adaptar a sua casa de família às suas necessidades actuais, ou mesmo, se necessário, de deixá-la.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crescentes limitações funcionais</li> <li>• Debilidade da mobilidade</li> <li>• Debilidade cognitiva</li> <li>• Doenças crónicas</li> <li>• Diminuição do vigor físico e funcional</li> <li>• Cuidados de longa duração</li> <li>• <i>Caregiving</i></li> <li>• Isolamento social</li> <li>• Sofrimento / depressão</li> </ul>

Fonte: adaptado de Agostinho e Rebelo (1988). Família: do Conceito aos Meios de Avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 32, p.14.

Contudo, e muito embora os factos anteriormente referidos sejam tidos como verdade, perante esta visão de movimento linear da família, surgem algumas desvantagens, uma vez que esta não contempla os eventos imprevisíveis nem poderá

ser aplicável às variadas formas e trajectórias das família com que hoje lidamos, se não houver, por parte do profissional, uma visão de bom senso e tolerância pela diversidade.

Gimeno clarifica esta ideia afirmando que *existem acontecimentos singulares específicos que nalgumas famílias configuram etapas próprias* citando ainda a dificuldade de identificar *etapas normativas em famílias não normativas, ...dada a diversidade de casos e a sua baixa frequência de ocorrência* (2001, p. 137)

É diante destas lacunas identificadas que as autoras Wright e Leahey privilegiam a noção de desenvolvimento, *que enfatiza a trajectória exclusiva construída por uma família* (2002, p. 94) acrescentando o termo *transição*. Este, para além de ponderar a etapa seguinte, considera também o contexto e a forma como ocorreu a passagem de uma etapa para a outra.

Meleis e Trangenstein (1994) apadrinham este conceito ao advogarem que o foco e o centro da disciplina de enfermagem deveriam ser as transições e não apenas a mudança. Esta orientação, deve-se ao facto de as autoras considerarem a transição como sendo um conceito mais complexo do que a mudança, já que a transição é o processo que leva a que esta aconteça. Consideram, ainda, a transição como os processos que ocorrem ao longo do tempo e que têm um sentido de fluxo e de movimento. Por outro lado, a mudança é compreendida como a substituição de uma coisa por outra, adopção de uma coisa em vez de outra, e tende a ser abrupta.

Concordantes com esta visão, e na tentativa de enfatizar a variabilidade do desenvolvimento familiar, para além de abraçarem a ideia de que actualmente existe uma multiplicidade de novas formas familiares, Wright e Leahey sentiram necessidade de referenciar outros modelos, que pela sua complexidade respondem às realidades familiares actuais.

Os modelos que propõem são: Ciclo Vital da Família norte-americana de classe média; Ciclo Vital da Família do divórcio e pós divórcio; Ciclo Vital da Família de um novo casamento; Comparação do estádio de Ciclo Vital da Família de baixa renda e profissional e, por fim, o Ciclo Vital da Família adoptiva.

Indicam, deste modo, para a avaliação do desenvolvimento familiar (Wright & Leahey, 2002, p. 98):

- *o estádio do ciclo vital da família que mais se adequa à família estudada;*
- *o processo emocional de transição, também denominado de princípios chave, equivalentes aos marcos de cada etapa;*
- *as alterações de segunda ordem, que correspondem às questões já enfrentadas e às tarefas a serem cumpridas em cada estádio para que ocorra o desenvolvimento e*
- *os vínculos afectivos entre os membros da família, representados pelo diagrama de vínculos, o qual utiliza uma simbologia idêntica à da avaliação estrutural.*

Estas concepções permitem ao enfermeiro identificar o estágio de desenvolvimento em que a família se encontra, as necessidades e tarefas intrínsecas ao mesmo e o grau de consecução das mesmas, atendendo sempre aos acontecimentos singulares específicos de cada família, não normativos, geradores de mudanças importantes. Este conhecimento possibilita, ainda, ajudar as famílias a reconhecer e a compreender a normalidade da existência de algum desequilíbrio durante os períodos de transição e auxiliá-las a gerir a energia mobilizada durante os mesmos para que o ultrapassem o mais saudavelmente possível.

Neste sentido o cuidado com as famílias pode ser percebido como *um processo que facilita as transições com sucesso* (Meleis & Trangenstein, 1994, p.257).

A terceira e última dimensão proposta pelas autoras é a **Avaliação Funcional** que traduz a forma como os membros da família se comportam em relação uns aos outros, ou seja os padrões de interacção.

Esta dimensão contém dois aspectos fundamentais: o Funcionamento Instrumental e o Funcionamento Expressivo.

O **Funcionamento Instrumental**, de uma forma muito simples, abrange as actividades da vida diária. A avaliação deste dado é importante numa perspectiva de determinar a capacidade da família em dar resposta a estas necessidades, principalmente, se nos encontrarmos face a um problema de saúde num elemento, que o limite ou impeça da realização destas actividades. Esta condição acarreta a apreciação de como a família geriu, ou poderá gerir, toda a situação em prol de uma readaptação.

O **Funcionamento Expressivo** compreende nove sub categorias e centra-se nas relações comunicacionais entre os elementos que compõem a família, as quais não deverão ser observadas de modo isolado e ocasional, pois as interacções nestas unidades são contínuas e recorrentes.

Na *comunicação emocional* é importante identificar os sentimentos e emoções expressas e/ou demonstradas no meio familiar, por modo a valorizá-las ou minimizá-las perante os acontecimentos vivenciados. As famílias manifestam, de forma singular, um conjunto amplo de sentimentos e de expressões emocionais, concordantes com os seus padrões culturais.

A *comunicação verbal*, sendo o tipo de comunicação mais usual e precisa que utilizamos, não deixa de ser ambígua, uma vez que o sentido das palavras varia com os indivíduos, quer sejam emissores, quer sejam receptores, e a sua interpretação não deverá ser isolada da comunicação analógica. Torna-se então importante, junto à família, prestar atenção às imprecisões, às mensagens explícitas e implícitas e à clarificação ou aprofundamento do significado da informação.

Por outro lado, a *comunicação não verbal*, não sendo tão precisa quanto a linguagem verbal, variando mesmo com o indivíduo e com a cultura, fornece-nos dados reveladores do que a pessoa está a vivenciar interiormente no momento. Engloba as mensagens não verbais (postura corporal, toque, gestos, ...) e para-verbais (tonalidade, gaguejo, sons guturais, ...), que necessitam de uma análise atenta e perspicaz, de modo a identificarmos o momento em que ocorrem e a sua congruência, quer com as diferentes comunicações não verbais que podem ocorrer em simultâneo, quer com a comunicação verbal e/ou emocional.

Quanto à sub categoria *comunicação circular*, esta baseia-se na premissa de que o comportamento de cada indivíduo é condição e resultado do comportamento de cada um dos outros, sendo que os resultados finais dependem mais do processo do que das condições iniciais. Acarreta então entender o padrão da comunicação circular para a compreensão das interações que se estabelecem entre os diversos elementos da família.

Uma vez que diz respeito à reciprocidade da comunicação entre duas ou mais pessoas, esta avaliação tem também vantagem se for empregue na relação estabelecida entre a família e o enfermeiro.

A *solução de problemas* alude à capacidade da família encontrar uma solução eficaz para os seus próprios problemas, fortemente influenciada por vivências familiares anteriores. Importa pois conhecê-las e detectar o seu padrão de resolução de problemas.

Na sub categoria dos *papéis*, e se entendermos um papel como um procedimento perseverante face a uma situação específica, então, esta sub categoria preocupa-se com os padrões de comportamento característico dos diferentes elementos da família. De mencionar que estes papéis não são estáticos, sofrendo influência das provações e normas dos outros. É necessário, junto da família, compreender como evoluíram os seus papéis, que relações estabelecem com os papéis atribuídos socialmente e o seu impacto no funcionamento familiar.

A *influência e poder* referem-se à habilidade de influir, psicológica ou instrumentalmente, nas crenças, atitudes e comportamentos dos vários elementos da família. É relevante identificar quem exerce um determinado poder e sobre quem, que mecanismos são utilizados nesta influência (de coação ou punição, de recompensa, de persuasão, de perito ou legítimo) e em que grau este concorre para o crescimento, ou não, dos membros da família.

Nas *crenças* estão incluídas atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adoptados pelos indivíduos e famílias e que determinam as opções de vida e as resoluções face a determinado problema, nomeadamente em situações de saúde/doença.

A avaliação das *alianças e uniões* deverá envolver a *orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos* entre os membros da família e entre esta e o enfermeiro. Implica a imprescindibilidade de uma associação com os limites e os vínculos identificados, na avaliação estrutural e de desenvolvimento.

Toda esta avaliação deverá atender não apenas aos problemas da família mas também às capacidades que esta possui para fazer face aos mesmos. É na confluência destas duas vertentes que o enfermeiro e a família deverão decidir da necessidade, ou não, de uma intervenção de enfermagem.

Dando continuidade às diferentes fases do processo de enfermagem e no respeitante ao **Planeamento dos Cuidados**, tal como em qualquer outra etapa, não nos podemos esquecer de que a família tem o direito e o dever de fazer as suas opções e de tomar as suas decisões no que concerne aos seus problemas de saúde, pelo que deve haver o incentivo a escolhas que garantam a aceitação, o apoio e a realização do tipo de intervenções implementadas. Face à dificuldade da família em optar, o papel do enfermeiro é auxiliar a reconhecer alternativas, compreender as consequências e tomar a decisão quanto às opções mais aceitáveis para ela. Também nesta etapa são consideradas três sub etapas.

O *Estabelecer Prioridades* compreende enumerar os problemas de saúde identificados por ordem de prioridade, de acordo com as preferências da família e dos seus membros e, em conjunto, determinar a orientação dos cuidados.

Na fase de *Estabelecer resultados* o enfermeiro e a família devem especificar claramente os resultados pretendidos, ou seja, designar em conjunto os resultados esperados e em que base se os considera alcançados.

Na *Criação de Intervenções de Enfermagem* as acções devem ser concebidas e seleccionadas com o objectivo de ajudar a família a alcançar o desejado estado de saúde, devendo ter como propósito a mudança de factores que estão a sustentar o problema de saúde.

A quarta etapa do processo de enfermagem é a **Implementação** das intervenções anteriormente planeadas, onde a família novamente deverá ser envolvida, através de um trabalho conjunto, implicando nos cuidados, sempre que necessário, outros elementos ou profissionais de saúde e onde devem ser identificadas novas informações que possam determinar um ajustamento ou mudança de planos. Sendo assim, esta etapa pressupõe:

*Trabalhar com a Família* de forma conexas para realizar as intervenções planeadas com a finalidade de atingir os objectivos acordados, em que o papel principal do enfermeiro é apoiar, orientar e interceder pela família durante a implementação do plano de cuidados, considerando a manifestação de novas situações que possam surgir.

Na *Adaptação à Família* é necessário considerar os aspectos culturais da família e satisfazer as suas necessidades.

Voltando a situar-nos no Modelo *Calgary*, mais precisamente no modelo de Intervenção na Família (MCIF), este foi o primeiro no âmbito da intervenção na prática de Enfermagem com Famílias, e surge como complemento do modelo de avaliação, porquanto permite, que após uma avaliação abrangente, com indicação para tal, se possa ponderar a melhor intervenção, a qual terá de ser necessariamente facilitadora de mudança.

É ainda de grande utilidade para a enfermagem pois, e segundo a Ordem dos Enfermeiros,

*as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente, quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (2004, p. 5).*

Bell e Wright (1995) crêem que a intervenção de enfermagem só poderá ser real se assentar numa base relacional ao defini-la como

*toda a acção ou reacção de uma enfermeira, ou seja, todo o gesto terapêutico manifesto que põe uma enfermeira no quadro da sua relação com um paciente, gesto que tem uma incidência sobre o funcionamento de um indivíduo, duma família ou da comunidade cuja enfermeira deverá ser responsável (p.89).*

Esta definição valoriza dois conceitos fundamentais da nossa prática, enquanto profissão cuja essência assenta no cuidar. São eles, o *carácter relacional* das intervenções de enfermagem e o *efeito* ou *resultado* destas.

Efectivamente, se por um lado, todo o homem é constitutivamente relacional, sendo que o homem só é verdadeiramente homem em relação, por outro, não podemos esquecer que as características da relação estabelecida entre o cuidador e o cuidado definirão a eficácia da intervenção, devendo deste modo acontecer uma relação terapêutica, para que o sucesso seja alcançado.

O outro domínio abrangido nesta definição é o facto de que toda e qualquer acção implica uma reacção, mesmo que esta reacção seja uma não acção, sendo que a ausência de uma reacção já é, em si, uma reacção. Transpondo esta ideia para a nossa prática, em qualquer intervenção de enfermagem há reciprocidade e, mesmo não sendo a desejada ou esperada, em circunstância alguma esta deverá ser ignorada.

Wright e Leahey (2002) reforçam ainda um conceito subjacente à relação terapêutica. As autoras consideram que a postura de enfermagem com as famílias deverá ser a de um relacionamento colaborador, consultivo e não hierárquico, pois só deste modo se pode operar a tal mudança. Este tipo de relacionamento pressupõe uma

intervenção interacional, em que o enfermeiro não faz *por* ou *para* a família, mas *com* a família. Não existe um perito que decide o que convém ao outro, mas sim uma colaboração e troca de ideias favorecedoras do conhecimento e das experiências nas diferentes partes intervenientes.

Referenciando Alaméda (1998), esta perspectiva vai *contra a maré de uma sociedade que, em nome do bem-estar, vai multiplicando as assistências, sob pena de fabricar grandes incapacitados e, modificando as fronteiras da normalidade, dando a ilusão de uma felicidade ideal e de um desenvolvimento sem dores* (p. 10). Defende ainda que, junto da família o técnico de saúde deverá abandonar o *poder megalómano de curar*, tentando compreendê-la, não para curá-la, mas para ajudá-la a fazer uma leitura diversificada das suas dificuldades, por modo a colocarem em prática estratégias de mudança adequadas.

O envolvimento da família constitui, deste modo, uma ferramenta imprescindível para otimizar a sua capacidade para a mudança.

O ICN (2002) corrobora esta opinião, ampliando a concepção de que as famílias desejam participar nos seus cuidados e, ainda, que um consumidor informado procura um controle cada vez maior sobre os cuidados que lhe são prestados.

Aludindo novamente a Bell e Wright (1995), estas consideram que uma intervenção de enfermagem na família só surte efeito se ocorrer uma mudança. Sendo assim, as intervenções de enfermagem junto à família têm como objectivo final ajudar o grupo a atingir o desejado projecto de saúde, implicando mudanças de crenças, atitudes e comportamentos.

Importa realçar o termo *ajudar* visto que o enfermeiro só consegue fazer mudar as famílias, perante a necessidade de mudança sentida pelas próprias. Em suma, o papel do enfermeiro será o de criar um contexto facilitador a essa mudança.

O modelo de *Calgary* de Intervenção na Família vem de encontro a esta concepção na medida em que as intervenções de enfermagem junto das famílias têm como objectivo promover, melhorar e/ou apoiar o funcionamento familiar nos **domínios cognitivo, afectivo e comportamental**, no sentido de induzir a mudança. Salvaguarda que, independentemente do domínio onde se foca a intervenção, a mudança ocorrida num dos domínios afecta todos os outros.

Assim, as autoras deste modelo (Wright & Leahey, 2002) sugerem-nos algumas intervenções para mudar estes domínios do funcionamento familiar.

No domínio **cognitivo**, cujo principal objectivo é mudar a forma como a família percebe os problemas de saúde e encontra soluções para os mesmos, as intervenções propostas são no sentido de:

- elogiar as forças individuais e familiares – o aumento da auto-estima permite visionar o problema noutra perspectiva e, conseqüentemente, procurar outras soluções para a sua resolução;
- proporcionar novas ideias, informações/educação e opiniões sobre um problema de saúde específico – capacita as famílias para compreender e lidar melhor com as situações.

As intervenções no domínio **afectivo** são projectadas para reduzir ou aumentar as emoções que podem travar as tentativas de resolução de problemas da família. São elas:

- validar ou normalizar as respostas emocionais – atenua a sensação de solidão e ajuda os membros da família a relacionar um acontecimento à resposta emocional de todos;
- estimular as explanações dos acontecimentos (saúde/doença) – proporciona não só a explanação do sofrimento, mas também das forças e persistência da família;
- estimular o apoio da família – através da ajuda e estímulo aos membros da família a entenderem as inquietações e sentimentos dos outros.

No domínio **comportamental** o propósito é o de mudar interacções e comportamentos entre os membros da família. Como intervenções facilitadoras de mudança neste domínio temos:

- estimular os membros da família a serem cuidadores – o apoio do enfermeiro auxilia os membros da família a se envolverem nos cuidados a um membro da família doente;
- incentivar o repouso – face ao sentimento de culpa, normalmente sentido pelo cuidador, o enfermeiro deverá aconselhar um projecto de repouso de acordo com as necessidades e capacidades da família, de modo a minimizar o risco da sobrecarga do cuidador;
- planear rituais – através da sugestão de rituais terapêuticos que não foram identificados pela família.

Ainda neste modelo as autoras sugerem, como complemento das intervenções anteriormente descritas, o uso de perguntas de intervenção como factor facilitador de uma mudança activa e efectiva. Estas questões são de dois tipos: as lineares e as circulares, que se distinguem pelo seu objectivo.

As perguntas lineares, em que o seu âmago é a causa e o efeito, são normalmente usadas para iniciar a exploração dos problemas familiares, uma vez que, procuram conhecer a percepção e crenças sobre um problema de saúde.

Por sua vez, as perguntas circulares têm como propósito revelar a compreensão da família sobre o acontecimento e explicá-lo, através da exploração dos

relacionamentos ou ligações entre os seus membros, os acontecimentos, ideias ou crenças. A sua produtividade é maior, comparativamente às questões lineares, visto que, introduzem novas relações cognitivas, facilitando diferentes, ou novos, comportamentos familiares.

Ângelo (1999) afirma mesmo que, para além da maneira como pensamos a família e a saúde, a distinção entre uma prática avançada e uma prática generalista faz-se pelas questões que formulamos à família e/ou aos seus membros.

A última etapa do processo de enfermagem, a **Avaliação de Resultados**, deverá ser um processo contínuo que permanece ao longo da prestação de cuidados e onde se pretende uma avaliação da eficácia dos mesmos. Pondera duas fases:

A *Realização dos Objectivos*, onde esta avaliação deverá ser efectuada de acordo com os objectivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados;

A *Cessação com a Família* que se baseia em critérios para terminar a relação terapêutica, nomeadamente, a obtenção de ganhos em saúde, tais como: a melhoria da dinâmica familiar, o funcionamento familiar, a execução de objectivos específicos da intervenção e ainda o desejo da família em terminar a relação, sendo a auto-suficiência o resultado final preferido, devendo aquela ser informada do termo da relação.

Toda esta abordagem deverá ser entendida como sendo dinâmica, sistémica, interactiva e flexível tendo subjacente um pensamento crítico e criativo do profissional, sendo estes últimos imprescindíveis para prevenir um uso indevido dos conhecimentos. Collière (1999) alerta-nos para este risco ao considerar que, a teoria se *torna perigosa de cada vez que institui em sistema um modelo tipo de comportamento*, pelo que os enfermeiros deverão estar atentos a não fazer dos saberes *sistemas pré estabelecidos a aplicar de maneira sistematizada* (p. 221).

Esta afirmação impele-nos para aquilo em que acreditamos na abordagem às famílias, ou seja, não nos podemos distanciar da realidade de que cada família é única, conferindo assim a necessidade de adaptarmos as nossas avaliações e intervenções, não à família, mas àquela família e naquele momento.

No respeitante aos registos de enfermagem com as famílias, a complexidade acrescida é justificada pelo seu estágio de desenvolvimento, escassez de uma nomenclatura unificada e abrangente, grande número de dados a registar, abarcando os dados individuais dos seus membros e da família, enquanto unidade, entre outros.

Estes factores, acarretando alguma dificuldade na operacionalidade dos registos em Enfermagem com Famílias, são também fundamento da sua importância. A sua efectivação, desenvolvimento e aprofundamento serão, não apenas reveladores das vantagens desta abordagem para as famílias, através dos efeitos ou resultados obtidos,

como também indicarão, através das intervenções de enfermagem descritas, a maneira como os enfermeiros poderão ajudá-las.

Deste modo, e através de estudos neste âmbito, poderemos dar resposta a algumas necessidades, que segundo Wright e Leahey (1995) são importantes para tornar a Enfermagem de Família cada vez mais profícua. São elas:

- definir uma linguagem comum articulada aos cuidados de Enfermagem com Famílias;
- proporcionar uma descrição consolidada dos cuidados de enfermagem à família;
- obter unanimidade acerca dos cuidados prestados à família;
- estabelecer a utilidade dos cuidados de enfermagem à família identificados e especificados.

Na realidade um dos desafios actuais com que os enfermeiros se deparam é a necessidade de definir indicadores que permitam avaliar o exercício dos cuidados e os seus resultados. Na nossa prática, que tem por base a vertente relacional/humana, não quantificável, os registos efectuados das nossas intervenções assumem um papel relevante para colmatar esta lacuna.

Afirma-se então a necessidade de efectuar registos do tipo narrativo cronológico das intervenções de enfermagem junto das famílias, que cumpram com rigor as regras básicas da sua elaboração, com especial atenção para que sejam completos, precisos, claros e autênticos, admitindo um sistema de redacção pré estabelecido.

Wright e Leahey (2002) referem-se ainda à importância de existir um modelo estruturado para efectuar os registos de enfermagem numa abordagem à família como forma de facilitar a relação entre os dados da avaliação, identificação de diagnósticos, intervenções e consequentes respostas da família às mesmas, que resultam num estímulo para o profissional se manter concentrado em todo o processo evolutivo da sua abordagem e na mudança do problema identificado.

Os registos electrónicos poderão tornar-se facilitadores desta perspectiva, ao proporcionarem um sistema que dê resposta a estas necessidades. Para tal, existe a necessidade de desenvolver aplicações que possibilitem uma visão geral da família em questão e de algumas ferramentas que são indispensáveis na abordagem a estes grupos. Evidenciam-se a ficha familiar que permita a sua identificação e o registo de aspectos relevantes e transversais a todos os seus elementos; programas concordantes com os instrumentos de avaliação propostos para estes grupos, como os do funcionamento familiar (por exemplo o modelo circunplexo de Olson, anteriormente aludido, e o apgar familiar) e a elaboração do genograma e do ecomapa, que, como vimos anteriormente, são imprescindíveis neste paradigma.

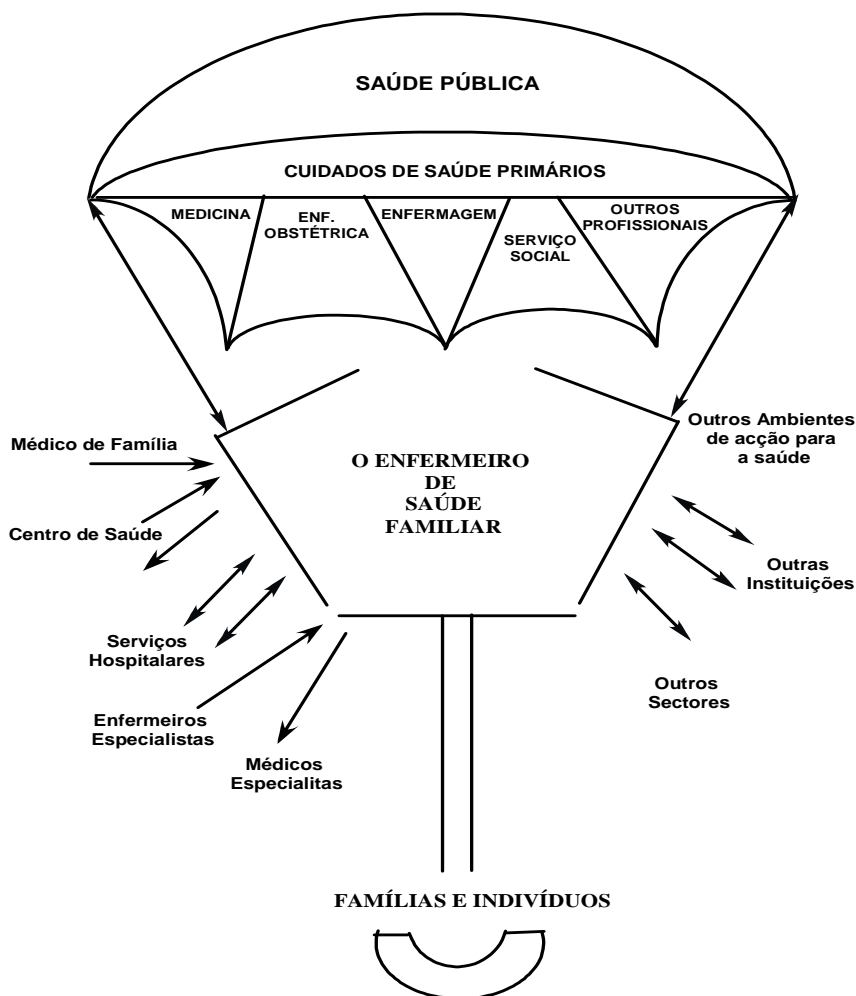
### **3. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CONTEXTO PARA A ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS**

Se atendermos ao contexto que melhor se enquadra para a formação e actuação do Enfermeiro de Saúde Familiar, facilmente percebemos pelo estabelecido na meta 15 da Saúde 21, que estas se fazem sob o enquadramento da Saúde Pública e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta meta estabelece que *no ano 2010, as pessoas na região deverão ter um muito melhor acesso a cuidados de saúde familiares e orientados para os cuidados de saúde primários, suportados por um sistema hospitalar flexível e satisfatório* (OE, 2002, p.189). Este documento apela ainda para o facto de o Enfermeiro de Saúde Familiar ser responsável por um grupo de famílias bem definido.

O papel e as funções do Enfermeiro de Saúde Familiar, apresentados pelo ICN (2002) como princípios básicos orientadores das intervenções de Enfermagem de Família, anteriormente nomeados, consolidam esta concepção, pois contêm elementos que fazem parte do papel de diversos tipos de enfermeiros comunitários que actuam em Cuidados de Saúde Primários em toda a região da Europa. O que difere no conceito de Enfermeiro de Saúde Familiar da Saúde 21 é a combinação particular de diversos elementos, a ênfase única nas famílias e nos domicílios como ambientes *onde os membros da família devem, em conjunto, assumir os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de "família saudável"* (OE, 2002, p.189).

A situação e o papel do novo Enfermeiro de Saúde Familiar podem ser representados como mostra a figura 8.

Figura 8 - O Enfermeiro de Saúde Familiar, a Saúde Pública e os Cuidados de Saúde Primários



Fonte: O Enfermeiro de Saúde Familiar sob o "chapéu" da saúde pública e dos cuidados de saúde primários, adaptado da **2ª Conferência da OMS para a Enfermagem e Enfermagem Obstétrica**. Munique, Alemanha, 15 - 17 de Junho de 2000. (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.190).

De fazer menção ao facto de que quando se evocam os cuidados prestados à população, os termos de enfermagem de saúde pública, enfermagem de saúde comunitária e enfermagem de cuidados de saúde primários são habituais e, muitas vezes, usados como sinónimos, quer pela referência ao alvo de cuidados, quer pelo contexto onde são praticados ou mesmo pela formação que o enfermeiro possui.

Friedman *et al* (2003) mencionam ainda que poderá permanecer alguma confusão entre a compreensão deste tipo de enfermeiro e o enfermeiro de saúde familiar, elucidando que a diferença se encontra, particularmente, no objectivo final e nas prioridades estabelecidas nas suas intervenções. Muito embora ambas intervenham no indivíduo, na família e na comunidade, o enfermeiro de saúde comunitária identifica

problemas e propõe intervenções para as populações com o objectivo final de manter e/ou melhorar a saúde de uma comunidade, mesmo que para tal necessite, posteriormente, de atender às famílias. Por outro lado, para o enfermeiro de família a prioridade encontra-se nos problemas identificados como específicos naquela família e só depois se centrará nos problemas de saúde comunitários comuns à mesma.

### 3.1 - PERCURSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

A Lei de Bases da Saúde Portuguesa (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), na Base XIII referente aos Níveis de Cuidados de Saúde, reconhece que os Cuidados de Saúde Primários são a base de todo o sistema de Saúde e devem situar-se junto às comunidades. Esta assumpção resulta de uma prioridade política de Saúde Nacional na área da Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença.

A ênfase nos Cuidados de Saúde Primários resultou de um percurso histórico com diferentes desenvolvimentos em vários pontos do globo terrestre, marcado por alguns avanços e retrocessos, e mesmo, por alguma polémica e incongruência. O marco histórico, a nível mundial, ocorre em 1978, com a Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários de Alma Ata, apadrinhada pela OMS e pela UNICEF. Neste encontro, em que participaram 134 países, foi assumido o compromisso de adoptar os Cuidados de Saúde Primários como estratégia para alcançar a *Saúde para Todos no ano 2000*, perfilhada pelos estados membros da OMS, na 30ª Assembleia Mundial da Saúde em 1977.

Este compromisso decorre do facto de a saúde, percebida como um *completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade*, ser considerada um *direito humano fundamental*. Para atingir o mais alto nível de saúde é necessário um compromisso político e o desenvolvimento de uma cooperação intersectorial. Fica então assumido o compromisso político de canalizar mais meios técnicos e financeiros para áreas da saúde que facilitem a obtenção deste nível.

Esta nova era na história da Saúde pressupõe um entendimento da mesma, para além de uma preocupação e interesse pessoal para se *abrir sobre o colectivo e o político* (Honoré, 2002, p. 24).

Aludindo a Simões (2004), para além dos valores da sociedade, as reformas dos sistemas de saúde são influenciadas por factores que podem ser agrupados em:

- externos ao sistema de saúde mas que funcionam como seu contexto e que contemplam os aspectos políticos, económicos e sociais. Exemplo disto é o envelhecimento da população, com conseqüente aumento dos gastos em saúde;

indivíduos, consumidores de cuidados de saúde, com crescentes expectativas e consequentes reivindicações dos seus direitos; bem como as modificações dos padrões de doença que implicam uma reconfiguração dos serviços de saúde;

- internos ao sistema de saúde e que decorrem do seu próprio funcionamento, dos seus recursos, da forma ou do processo como se combinam e dos resultados na saúde da população. Destacam-se as discrepâncias na qualidade e no acesso aos cuidados de saúde e o aumento das despesas globais com a saúde.

Referindo-nos a Portugal, a necessidade de efectuar reformas na área da saúde também surge em consequência destes factores, sendo que o espírito de Alma-Ata, tem o seu marco histórico na década de 70, com o DL nº 413/71 de 27 de Setembro, onde são reorganizados os serviços do Ministério da Saúde e Assistência, numa tentativa de atribuir uma maior ponderação à prevenção da doença e à promoção da saúde. Todavia, algumas reformas anteriormente empreendidas concorreram para este grande passo na saúde no nosso país.

Destaca-se, entre outras, a denominada reforma de Ricardo Jorge (promulgada em 1899, regulamentada em 1901 e com início de funcionamento em 1903), que, como nos refere Gonçalves Ferreira (1990), constituiu o primórdio de uma reforma sanitária, assumindo-se, deste modo, a importância da protecção e melhoria da saúde das comunidades.

Tendo sido esta porém uma reforma importantíssima, a condição de saúde sanitária de Portugal continuou insatisfatória, facto que, parafraseando Ferreira (1990), se ficou a dever à *dispersão de responsabilidades por numerosas entidades e a falta de interesse destas* (p. 338), fazendo com que se fossem sucedendo outras reformas na tentativa de contrariar esta realidade.

A reforma de 1945, com o DL nº 35 108, de 7 de Novembro, surge perante o *reconhecimento de que a situação sanitária em Portugal era insatisfatória e que a iniciativa privada não era suficiente para dar resposta às necessidades* (Biscaia et al, 2006, p.41). Neste diploma, já podemos descortinar alguns termos que poderão ser associados a dois dos níveis de prevenção actualmente considerados, na medida em que se fala de *assistência preventiva, assistência paliativa e curativa e assistência construtiva*, e que, segundo Simões (2004) correspondem à perspectiva contemporânea da prevenção, do tratamento e da reabilitação.

Surge, então, o supracitado DL nº 413/71 de 27 de Setembro, que na opinião de vários autores se deveu à existência de serviços de saúde muito fragmentados e organizados de forma vertical, não só pela sua desarticulação como também por dependerem de diferentes organizações Nacionais e Ministérios. Este Decreto tinha como princípios:

- *reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, e cabendo ao Estado a responsabilidade de lhe assegurar, tendo como limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias;*
- *política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde;*
- *integração de todas as actividades de saúde e assistência, a nível local e regional, de modo a poder tirar-se o melhor rendimento dos recursos humanos e financeiros;*
- *planeamento central e descentralização na execução, de modo a permitir a escolha de prioridades que mais impacto podiam ter na saúde das populações e a dinamização local dos serviços (Ferreira, 1990, p. 344)*

Deste modo, são introduzidas profundas transformações a nível conceptual na área da saúde, assim como profundas alterações organizacionais.

Ferreira (1990) considera que esta reforma

*...representou a maior mudança de sempre na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde portugueses e a abertura definitiva do caminho para um sistema de cuidados de saúde completo com capacidade para inventariar os problemas de saúde e da doença no País e procurar-lhes as soluções possíveis em cada época, na base da investigação continuada e do aperfeiçoamento técnico das intervenções. (p.460).*

Biscaia *et al* (2006) partilham desta ideia ao considerarem este Decreto *...um marco por ter lançado a reforma que estabelece os fundamentos de um Serviço Nacional de Saúde e pela criação dos designados Centros de Saúde de 1ª Geração (p.43)*. Este diploma declara ainda a saúde como um *Direito de Personalidade*.

Considera-se relevante a importância e a prioridade, assumidas no artigo 3º do mesmo Decreto, das actividades de promoção da saúde e prevenção da doença e à protecção e defesa da instituição Família. Adita, ainda, no Artigo 4º, a necessidade de atender, no exercício das actividades de saúde e assistência à *natureza unitária da pessoa humana e ao respeito pela sua dignidade e integridade moral e à família, como instituição básica do desenvolvimento integral do homem e primeira responsável pelo bem estar dos seus membros*.

Evidencia-se, assim, uma mutação do entendimento humano até então dominante, através do abandono da *visão biomédica e técnica da vida* (Honoré, 2002, p 29), com prioridade no domínio da reparação e do tratamento, para passar a privilegiar o domínio da promoção e da prevenção da doença, que, por sua vez, encontram maior conformidade com os Cuidados de Saúde Primários.

Neste contexto os Cuidados de Saúde Primários foram definidos em 1978, em Alma-Ata como

*cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e técnicas práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceites, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias na comunidade, através da sua plena participação e a um custo que a*

*comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento num espírito de total autoconfiança e autodeterminação (Alma-Ata, 1978)*

Biscaia apresenta-nos uma enunciação de Cuidados de Saúde Primários muito idêntica a esta, porém, apoiando-se em variados autores, reforça os elementos que considera fundamentais para este tipo de cuidados: *a acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a longitudinalidade, a responsabilização das entidades prestadoras de cuidados, a participação comunitária, o enfoque na comunidade, a aplicação de métodos epidemiológicos aos cuidados clínicos dos doentes e a auto-responsabilização dos cidadãos* (2006, p.23). Contudo, considera que *a definição, âmbito, fronteiras e profissionais dos Cuidados de Saúde Primários foram evoluindo ao longo do tempo e o seu entendimento varia, ainda, conforme os países e autores, podendo a sua definição basear-se em múltiplas perspectivas, tais como, conjunto de actividades desenvolvidas, nível de cuidados e/ou filosofia e estratégia para organizar os cuidados de saúde, podendo ainda ser descritos segundo os seus elementos estruturais, de processo e de resultados* (p.21).

Se atendermos à significação de Sakellarides, os Cuidados de Saúde Primários são o tipo de cuidados que *acontecem todos os dias* e em diferentes contextos, que vão desde o Ministério da Saúde aos Centros de Saúde, passando pelos domicílios, ou seja, os Cuidados de Saúde Primários acontecem

*quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angústias, preferências ou necessidades de saúde* (2001, p.101).

Os Centros de Saúde constituem as infra-estruturas essenciais dos Cuidados de Saúde Primários tendo, também, sofrido algumas alterações ao longo da sua história em Portugal. Podem identificar-se três linhagens de Centros de Saúde, que se distinguem, não apenas pelas suas características, como também, pelo seu enquadramento histórico-político (Branco & Ramos, 2001): os Centros de Saúde de primeira geração (DL nº 413/71), segunda geração (DL nº 97/83, de 22 de Abril) e terceira geração (DL nº 157/99, de 10 de Maio).

Os Centros de Saúde de Primeira Geração *foram para a sua época e contexto, um sucesso notável* (Branco & Ramos, 2001, p.6). A sua concepção teve como preocupação, para além da integração dos serviços até então dispersos, agregá-los de acordo com a sua perspectiva, de prevenção e de saúde pública, orientando-os e inserindo-os nas comunidades locais.

Contudo, permaneceu a distinção entre dois tipos de práticas, que sendo contrárias se complementavam para dar resposta às necessidades e expectativas das populações:

- *uma prática de Saúde Comunitária com objectivos de promoção de saúde e actuação programada por valências ou programas verticais normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos;*
- *uma prática de cuidados imediatos, de resposta à procura expressa dos doentes, traduzida em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objectivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa* (Branco & Ramos, 2001, p. 6).

Esta distinção revela-se na dissociação entre os denominados Postos de Saúde com uma actuação nas áreas de saúde materno-infantil, pré-escolar e escolar; profilaxia das doenças evitáveis; saneamento do ambiente, Educação para a Saúde e cuidados médicos de base; entre outros, e as Caixas de Previdência, com a competência dos cuidados curativos entregues aos postos clínicos dos Serviços Médicos-Sociais.

Entretanto, e face às influências resultantes do processo de democratização social e política do país em 1974, surgem as condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, a adopção de um efectivo Serviço Nacional de Saúde universal, geral e tendencialmente gratuito. Este, por sua vez, resultou de algumas directrizes enunciadas na Constituição da República de 1976 que, acrescenta ao facto de todos os indivíduos terem direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover, a primeira é assegurada pelo Serviço Nacional de Saúde, através da prestação de cuidados gerais a toda a população, competindo ao Governo a definição e a coordenação global da política de saúde.

Muito embora a criação do Serviço Nacional de Saúde tenha sido determinada por alguma fragilidade decorrente das condições políticas, sociais e económicas, concorreu para que algumas mudanças se sucedessem e contribuíssem para a sua expansão e consolidação (Biscaia *et al*, p. 46).

São exemplo destas mudanças o aumento notório na cobertura da população em serviços de saúde, o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras para as profissões da saúde – carreira de saúde pública, hospitalar e a criação da carreira de clínica geral e familiar, a fusão dos Serviços Médicos-Sociais das Caixas de Previdência com os Centros de Saúde, dando origem aos apelidados Centros de Saúde Integrados, em 1983, actualmente denominados de Centros de Saúde de segunda geração, dependentes das Administrações Regionais de Saúde, de base distrital

Decorrente desta nova concepção surge, ainda, em 1984, a nível central, a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, alteração esta que, segundo Biscaia *et*

al (2006, p.44), não corrige a estrutura vertical e paralela existente entre os Cuidados de Saúde Primários e os Hospitalares.

Este fundamento, associado à inviabilidade de uma gestão à distância, a alterações sócio-culturais e demográficas e ainda à demonstrada insatisfação e desmotivação dos profissionais, cooperaram para que de novo se repensasse o modelo dos cuidados, até então vigente, e consequente orgânica e funcionamento dos Centros de Saúde.

De igual modo, concorreu para esta necessidade, o surgimento em Portugal no ano de 1996, do documento *Saúde em Portugal - uma estratégia para o virar do século 1998-2000*, que estabelece indicações de actuação em relação a cada etapa do ciclo vital da família, qualidade de vida e determinantes de saúde, meio ambiente e problemas específicos. Fundamenta-se em ganhos em saúde, traduzidos em metas *quantificadas, claras, específicas, com um horizonte temporal preciso*, e com os objectivos de colocar o cidadão no centro do Sistema Nacional de Saúde e *de servir de referência nacional, a partir da qual é necessário estabelecer prioridades regionais e locais, de acordo com cada situação específica* (Ministério da Saúde, 2006). Esta nova concepção baseia-se numa cultura de resultados em saúde, transversal a um pensamento estratégico nesta área, ou seja, uma orientação organizada da acção na saúde como meio de antecipar, obter e avaliar resultados.

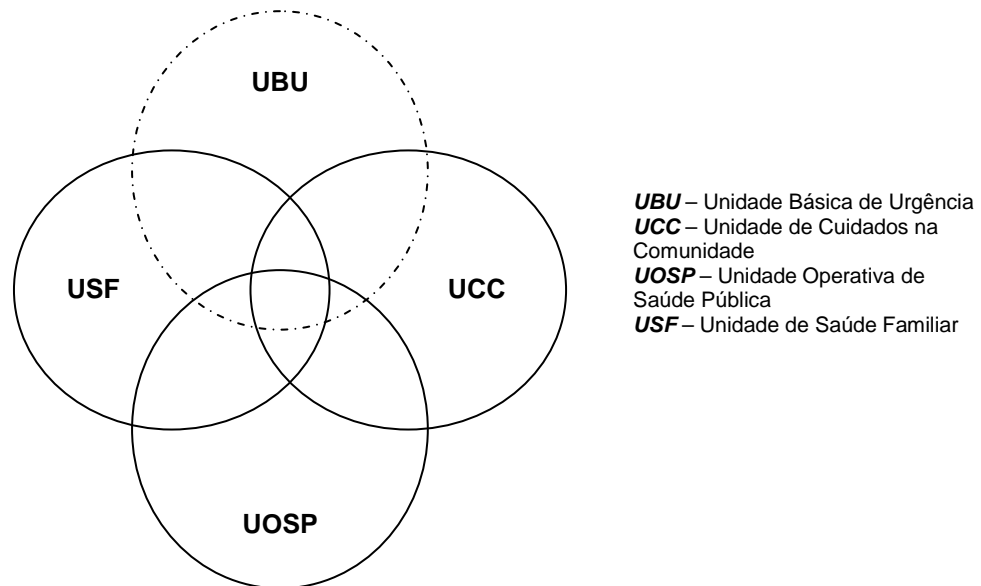
Consequente de todos estes factores, nascem então os Centros de Saúde de Terceira Geração, homologados pelo DL nº 157/99 de 10 de Maio, que surgem como *peças colectivas de direito público, integradas no Serviço Nacional de Saúde e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira, e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde* (p. 2425), numa tentativa de colmatar as lacunas identificadas e de readaptação à nova visão da saúde.

De aludir que, mormente por questões de ordem política, a operacionalização destas propostas não foi implementada. Porém, em 2002, com base neste Decreto, a Direcção Geral da Saúde lança um documento intitulado *Centros de Saúde de Terceira Geração: Manual para a Mudança*. Neste, entre outros aspectos abordados, destacamos, por ter maior relevância para o nosso estudo, a estrutura organizacional e modelo de funcionamento proposto para os Centros de Saúde e a implementação de mecanismos de participação da comunidade.

Assume-se, neste manual, que cada Centro de Saúde, ou associação de Centros de Saúde, deverá dispor, obrigatoriamente de 4 a 10 Unidades de Saúde Familiar (USF), uma Unidade Operativa de Saúde Pública (UOSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), sendo que outras unidades funcionais, de diagnóstico e tratamento e especialidades, de internamento ou de urgência, poderão ser incluídas, de acordo com as

necessidades identificadas da população abrangida. De referir que a Unidade Básica de Urgência (UBU), para além de não ser obrigatória, a área de influência poderá, ainda, não coincidir com a do Centro de Saúde.

Figura 9 - Diagrama da Intercooperação interna entre as Unidades do Centro de Saúde



Fonte: *Centros de Saúde de Terceira Geração: Manual para a Mudança* – Direcção Geral da Saúde (2002)

No que respeita à participação da comunidade, o documento sugere a criação de um Conselho Consultivo, como estratégia para a obtenção de informação sobre as necessidades de saúde sentidas pela comunidade, e assim garantir a satisfação das necessidades reais e a participação activa na procura de soluções para as necessidades identificadas.

Posteriormente, e com outro Governo, acontece, basicamente com os mesmos objectivos, a aprovação de outro diploma, o DL nº 60/2003 de 1 de Abril, onde se cria a rede de Cuidados de Saúde Primários e explicita a possibilidade de gestão privada de alguns serviços.

Nova descontinuidade sucede em 2005, com o DL nº 88/2005 de 3 de Junho que revoga o DL nº 60/2003 e repristina o DL nº 157/99 de 10 de Maio e com a Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005 de 27 de Abril que cria um grupo técnico para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Este grupo de trabalho surge, em Junho de 2005, com o documento *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*, onde apresenta propostas de medidas em oito áreas: reconfiguração e autonomia dos Centros de Saúde; Implementação das Unidades de Saúde Familiar; Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública; outras dimensões da

Intervenção na Comunidade; implementação de unidades locais de saúde; enquadramento e desenvolvimento dos recursos humanos; enquadramento e desenvolvimento do sistema de informação e, por fim, unidade de missão e estrutura do projecto.

Decorrente deste último tópico nasce, a 12 de Outubro, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 22 de Setembro, a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários com a incumbência de *criar os instrumentos legais e operacionais que permitam a recentragem do sistema de saúde português nos Cuidados de Saúde Primários e, ao mesmo tempo, acompanhar o desenvolvimento desta nova metodologia de organização dos cuidados.* (Ministério da Saúde, 2006, p. 2)

Esta unidade teve a seu cargo a revisão e adaptação do documento elaborado pelo grupo técnico para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que esteve em apreciação pública até Setembro de 2005, e elaborou um novo documento em Janeiro de 2006, onde se incorporaram algumas sugestões auferidas e se repensou o cronograma proposto anteriormente, passando, desta forma, a ser o guião para as alterações previstas para os Cuidados de Saúde Primários.

A 16 de Fevereiro, pelo Despacho Normativo nº 9/2006 foi fixado o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar.

Retoma-se, então, a nível organizacional e funcional a dinâmica proposta por este Decreto, a qual consiste em unidades operativas baseadas em equipas multiprofissionais que, embora tecnicamente autónomas e com incumbências específicas, se complementam para o cumprimento da missão global do Centro de Saúde, reconhecendo-se as Unidades de Saúde Familiar como a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

### 3.2 - PERCURSO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

O Arquipélago da Madeira, situado no Oceano Atlântico, é formado por um conjunto de quatro ilhas desabitadas e consideradas reservas naturais – as Desertas (três ilhas) e as Selvagens, e outras duas habitadas – a Madeira e o Porto Santo.

A Madeira, a maior ilha do Arquipélago, tem 736 Km<sup>2</sup> com uma população residente em Dezembro de 2005, por estimativa aos resultados dos Censos de 2001, de 245 197 habitantes, fragmentada em 11 Concelhos, sendo a maior densidade populacional no Concelho do Funchal (1328,4 Hab/Km<sup>2</sup>) que é também a Capital da Região.

O Porto Santo, sendo o concelho mais pequeno da Madeira, tem um território de aproximadamente 42 Km<sup>2</sup> e fica situado a nordeste da Ilha da Madeira a uma distância aproximada de 40 Km, tendo em 2001 uma população de 4 474 habitantes dividida por pequenos núcleos populacionais.

Actualmente a RAM conta com cinquenta e cinco Centros de Saúde, agrupados em três sub-regiões de saúde, Zona Oeste (Câmara de Lobos, Ribeira Brava, Ponta do Sol, Calheta, Porto Moniz e São Vicente), Leste (Santa Cruz, Machico e Santana) e Centro (Funchal e Porto Santo), por sua vez subdividida em Zona Urbana I, II e III. De referir que os concelhos de Câmara de Lobos, da Calheta, de Santana, de São Vicente e do Porto Santo possuem Serviços de Internamento (Anexo I).

Mas, nem sempre foi esta a nossa realidade. Pelo facto de a Região Autónoma da Madeira (RAM) ser parte integrante do território Português, a evolução dos seus Cuidados de Saúde Primários acompanhou, de um modo geral, o progresso que foi sucedendo a nível Nacional. Porém, a especificidade das suas características geográficas, sociais, culturais e económicas, reconhecidas na Constituição da República Portuguesa de 1976, fundamentaram todo o processo de Regionalização nos variados sectores, nomeadamente no da Saúde.

Até meados dos anos setenta, o acesso de grande parte dos Madeirenses aos cuidados de saúde eram escassos. Apenas um médico prestava cuidados em todo o Norte da Ilha e três ou quatro clínicos nos concelhos Rurais do Sul. Somente em meados dos anos sessenta foram inaugurados o Hospital da Calheta e logo depois o Hospital Concelhio de Santa Cruz. Mesmo no Funchal, existiam apenas duas casas de internamento para doentes do foro mental, um sanatório para doentes tuberculosos, e um Hospital da Misericórdia do Monte, com capacidade para trezentas camas, o que era insuficiente para dar resposta a todos os habitantes da ilha. Esta situação foi colmatada em 1978, com a inauguração do Hospital Central do Funchal.

Para além dos cuidados que requeriam hospitalização, a população contava apenas com o esforço personalizado e boa vontade de alguns médicos que exerciam clínica livre nas zonas de onde normalmente eram naturais e residiam. Como organismos prestadores de cuidados básicos existiam catorze Centros Sanitários da Junta Geral, vinte e um pequenos postos clínicos das Câmaras Municipais, dezanove serviços da Caixa de Previdência, vinte e dois dispensários Materno-Infantis, cinco Casas dos Pescadores e dezoito Casas do Povo.

Sendo estes organismos insuficientes, também na Região, tal como no Continente, o problema da dispersão e da desconexão dos mesmos foi uma realidade. Em 1974, após uma análise dos recursos existentes, foi identificada a existência de serviços que, mesmo em alguns casos funcionando em instalações comuns, eram

coordenados por diferentes instituições e funcionalmente independentes, tendo ainda idênticas zonas de influência e desenvolvimento de acções paralelas.

Nesta altura evidenciava-se a necessidade de implementar medidas que colmatassem esta ineficiência e que fossem ajustadas à realidade Madeirense. Assim, em 1977, através do DL nº 426/77 de 13 de Outubro é concretizada a passagem de competências dos assuntos referentes aos sectores da saúde e da segurança social do Ministério dos Assuntos Sociais para a Secretaria Regional da Madeira dos Assuntos Sociais e da Saúde. Contemporaneamente é criada, pelo DR nº 11/77/M de 13 de Outubro, a Direcção Regional de Saúde na RAM, que desde logo ficou incumbida de racionalizar as instituições e serviços de saúde oficiais existentes na região, através da sua reorganização e integração.

Muito embora esta organização se tenha revelado desajustada para atingir os objectivos propostos, apontou para duas linhas de orientação bem definidas. Por um lado, instituições e serviços dirigidos para a medicina preventiva e curativa em regime ambulatorio, por outro lado, instituições unicamente adstritas à medicina curativa com predomínio do internamento, à excepção, pelo seu contexto, dos hospitais concelhios. Esta conceitualização deu lugar a que, posteriormente, também acontecesse a segmentação na área técnica-administrativa de acordo com a sua afinidade, criando-se assim o Centro Regional de Saúde Pública, o Centro Hospitalar do Funchal e o Centro Regional de Segurança Social, que tiveram a sua expressão jurídico-formal através do DR nº 3/77/M de 23 de Março, do DR nº 3/78/M de 13 de Fevereiro e do DR 5/78/M de 24 de Fevereiro, respectivamente. De salguardar que nos três Decretos ressaltou-se a necessidade de desenvolver formas de colaboração e complementaridade das acções desenvolvidas por cada uma destas Direcções.

Todas estas medidas legislativas foram associadas no DRR nº 10/79/M de 29 de Maio, onde é estipulada a lei orgânica da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, posteriormente revista pelo DR nº 13/81/M de 23 de Junho que reestrutura a Secretaria Regional dos Assuntos Sociais dando origem às Direcções Regionais de Saúde Pública, dos Hospitais e da Segurança Social. Neste Diploma faz-se uma clara alusão às valências que os Centros de Saúde deverão compreender e à sua distribuição.

Coexistiram então, de modo a responder às especificidades e necessidades em cuidados de saúde de cada população, quatro tipos de Centros de Saúde – os C1, C2, C3 e C4, que se distinguiam pelas diferentes valências que encerravam, concordantes com a situação geográfica – acesso e transportes, distância do Funchal e com as características específicas da população que abrangia – situação sócio económica, número de habitantes, faixa etária, entre outras.

A tipologia C1 continha todas as valências de apoio aos diversos grupos etários. Existia apenas um Centro de Saúde com estas características, localizado no Funchal, que ministrava cuidados a toda a população ou prestava apoio aos Centros de Saúde dispersos pela ilha, em determinadas valências como o Planeamento Familiar e Saúde Mental.

As restantes tipologias de Centros de Saúde encontravam-se dispersas pelas zonas suburbanas e rurais da ilha. Os C4 detinham as valências fundamentais aos cuidados básicos da população mais vulnerável – sector materno-infantil e a terceira idade. Aditando a estas valências o serviço de urgência, surgiam os C3, que, por sua vez, acrescidos de um serviço de internamento, assumiam a tipologia de C2.

Nesta época, os enfermeiros trabalhavam segundo o método funcional, ou à tarefa, que incide na visão Taylorista do aumento da produtividade através da divisão de tarefas específicas, em que a experiência é obtida através da repetição da realização dessas mesmas tarefas. Este método surge na 2ª Guerra Mundial, como resposta ao aumento do número de utentes a necessitar de cuidados, havendo assim a necessidade de recorrer a profissionais menos qualificados, tornando-se uma forma económica de oferecer cuidados.

Esta fragmentação dos cuidados, ou seja, o facto de cada enfermeiro assumir determinadas tarefas que lhe são atribuídas, responsabilizando-se pela sua concretização a um número variado de utentes, leva à impossibilidade de uma visão holística dos utentes, ou seja, à possibilidade de descuido das suas necessidades globais, a uma hiper valorização das técnicas, resultando, em grande parte, numa baixa satisfação profissional pelo pouco incentivo e desafio nos papéis desempenhados, revertendo-se em cuidados de pouca qualidade.

Sabe-se, contudo, que uma das principais vantagens deste método é a sua eficiência, uma vez que as tarefas são executadas rapidamente sem grande confusão quanto às responsabilidades.

Embora várias adaptações tenham sido efectivadas no sector da saúde durante a década de oitenta, apenas na década de noventa se imprimiu grandes perspectivas e alterações, tal como a nível Nacional, nos cuidados de saúde da RAM, que fizeram repensar toda a sua orgânica de modo a convergir para o preconizado na nova Lei de Bases da Saúde de 90.

Deste modo em 1991 cria-se, pelo Decreto Legislativo Regional nº 21/91/M de 7 de Agosto, o Estatuto do Sistema de Saúde da RAM, baseado nas grandes linhas de orientação:

- *...localização da saúde na área ampla que é a da protecção social, em articulação com a segurança social;*

- *ultrapassa-se a sectorização dos cuidados de saúde primários em relação aos diferenciados e faz-se ênfase nos princípios da indivisibilidade da protecção da saúde, da unidade de organização e da continuidade técnica e administrativa dos cuidados de saúde;*
- *chama-se à responsabilidade pelos níveis de saúde da Região, além do Governo Regional, os municípios, os cidadãos e os profissionais do sector;*
- *tem-se em conta, na prestação dos cuidados, não apenas a oportunidade e qualidade dos serviços prestados mas a sua humanização (p. 3927).*

À luz deste estatuto surge o DRR nº 27/92/M de 24 de Setembro, que estabelece a estrutura orgânica e funcionamento do Serviço Regional de Saúde da RAM e que, entre outras medidas, divide a Região em três sub-regiões de saúde como forma de melhorar a eficiência e o aproveitamento de recursos, através de uma maior articulação operacional dos serviços de cuidados de saúde primários.

Posteriormente, e novamente na tentativa de ultrapassar a sectorização existente entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados, cria-se pelo DRR nº 6-C/93/M de 25 de Março uma Direcção Regional de Saúde, um órgão que regula, orienta, planeia, avalia e inspecciona as actividades desenvolvidas pelos órgãos e serviços que intervêm na área da saúde da RAM, quer sejam cuidados diferenciados, quer sejam primários.

No respeitante à enfermagem, destacamos alguns acontecimentos ocorridos a nível Nacional que tiveram impacto nos Cuidados de Saúde Primários a nível Regional, principalmente na organização e dinâmica da prestação de cuidados de enfermagem nos Centros de Saúde.

A aprovação da nova carreira de enfermagem, com o DL nº 437/91 de 8 de Novembro, resultante do impacto da integração da formação em enfermagem no ensino superior e da necessidade de reestruturar as organizações de saúde, posteriormente alterada pelos DL nº 412/98 de 30 de Dezembro e DL nº 411/99 de 15 de Outubro; a publicação e aprovação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) no DL nº 191/96 de 4 de Setembro, que ao clarificar conceitos e ao caracterizar os cuidados de enfermagem e especificando as suas competências, lhes confere uma maior autonomia na prestação de cuidados, novas responsabilidades, direitos e deveres; a criação da Ordem dos Enfermeiros pelo DL nº 104/98 de 21 de Abril que consolidou a autonomia da profissão de Enfermagem ao regulamentar e controlar o exercício profissional, com a adaptação de um código deontológico e um estatuto profissional garantindo a qualidade dos cuidados prestados, ao instituir padrões de qualidade.

Alguns destes factores contribuíram para que a Consulta de Enfermagem, entendida pelo Ministério da Saúde como

*uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas e saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem* (Departamento dos Recursos Humanos da Saúde, 1999, p. 5)

até então usada de uma forma informal, se assumisse como uma actividade formal e sistémica nos Cuidados de Saúde Primários, após formação a todos os enfermeiros sobre esta prática. Surge então na RAM, a partir de Janeiro de 1996, um novo dinamismo e organização no trabalho do enfermeiro que converge para uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Ainda, e de uma forma faseada, implementou-se o método de equipa ou modular, ou seja, passa-se a formar equipas, de dois ou três enfermeiros, responsáveis por prestar todos os cuidados de enfermagem necessários a um certo número de população, circunscrita a uma área geográfica, com o objectivo não só de rentabilizar recursos, mas também de obter um maior conhecimento e desenvolver uma maior proximidade aos indivíduos e famílias da sua área geográfica, resultando daí uma maior troca de conhecimentos e a garantia da continuidade dos cuidados prestados.

Outra preocupação nesta década foi a ênfase da assistência ao domicílio, ultrapassando uma visão curativa e assumindo uma vertente promocional e preventiva, bem como de aproximação às famílias;

No entanto, e na procura constante de uma melhoria dos cuidados prestados, mantêm-se ainda algumas preocupações designadamente com a interligação entre os serviços, os custos da saúde, o nível de satisfação dos utentes e dos prestadores de cuidados.

A necessidade ainda de *acompanhar as mudanças e inovações que se impõem às sociedades, no duplo sentido da resolução eficaz dos problemas e antecipação das respostas*, conduziram a uma nova revisão estatutária do Sistema Regional de Saúde, através do DLR nº 4/2003/M de 7 de Abril, que serviu posteriormente para a reforma do regime e orgânica do Serviço Regional de Saúde, através do DLR nº 9/2003/M de 27 de Maio e que se modelou pela implementação de novos métodos de gestão com o objectivo de promover a competência, a responsabilização, a eficácia e a garantia da melhoria contínua da qualidade e orientação para as necessidades dos seus utentes, na tentativa de efectivar um *atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficiência e humanidade*.

Este Diploma adopta as seguintes medidas:

- *criação de uma unidade funcional de saúde denominada “Serviço Regional de Saúde (SRS)”, integrada pelos hospitais e pelos centros de saúde da Região;*
- *submissão do SRS a regras privatísticas, próprias de uma gestão de natureza empresarial, sem retirar ao sector público a produção dos correspondentes serviços de saúde;*
- *estabelecimento da obrigatoriedade de o SRS respeitar, na sua organização interna, o princípio da desconcentração de competências, através dos respectivos regulamentos internos e de estruturas operacionais correspondentes a níveis de gestão intermédia, dispondo da mais ampla autonomia compatível com a unidade da instituição (p. 3246).*

Este novo modelo organizacional veio edificar novos desafios aos gestores da saúde na Região.

Mais especificamente na enfermagem, e nos Cuidados de Saúde Primários, surgiram condições para desenvolver novas dinâmicas que acreditamos terão, a médio e longo prazo, um forte impacto nos cuidados de saúde.

Até Junho de 2003 a ilha contava apenas com uma enfermeira supervisora na área dos Cuidados de Saúde Primários, o que implicava um trabalho arredado da realidade da prática pela incapacidade de acompanhar *in loco* as equipas de modo a incrementar estratégias que melhorassem os cuidados de enfermagem prestados. A partir desta data, e após concurso, os Cuidados de Saúde Primários da Região passam a contar com quatro enfermeiras supervisoras, determinando um maior, mais próximo e mais efectivo acompanhamento das supervisoras às respectivas equipas, um maior intercâmbio e homogeneidade entre as várias equipas prestadoras de cuidados, entre estas e a Direcção de Enfermagem e o desenvolvimento de trabalhos de investigação sobre gestão e cuidados em enfermagem.

Também foi possível definirem-se áreas prioritárias de intervenção, nomeadamente a saúde infantil, saúde materna, saúde mental, recolha e tratamento de resíduos, diabetes, reabilitação e, mais recentemente, saúde da família, que posteriormente deram origem à formação de grupos de trabalhos, com elementos de referência nas variadas áreas, para a normalização de procedimentos de intervenção.

Acresce uma consolidação no incentivo para a elaboração de planos diários de actividades; maior proximidade aos jovens enfermeiros que integram as equipas; maior efectividade na implementação da CIPE e dos Registos electrónicos, em parceria com a Ordem dos Enfermeiros; entre outras.

Distinguimos ainda a vontade expressa da actual Direcção de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários em implementar o Enfermeiro de Família.

Para tal, tem sido desenvolvido um trabalho cauteloso, baseado nas directrizes emanadas pela OMS, ICN e OE; em experiências desenvolvidas noutros países; na

realidade da RAM e na ideia de que para além de uma mudança organizacional e estrutural dos sistemas prestadores, é necessário repensar o modelo assistencial e, principalmente, agir na concepção e motivação dos enfermeiros, de modo a evitar riscos desnecessários que venham atrasar e dificultar a efectivação desta metodologia.

Sendo assim, desenvolveu-se um trabalho para aferição dos tempos médios para as actividades mais frequentes e com maior peso nos Cuidados de Saúde Primários, com um número significativo de frequência e em simultâneo nas zonas rurais e urbanas, determinando-se que trezentas famílias para cada enfermeiro seria inexequível para garantir as condições óptimas de assistência, através de uma filosofia de trabalho muito próxima das mesmas (no domicílio, na escola, nos grupos da comunidade) já instituída e que se pretende dar continuidade.

Não tendo sido ainda padronizado o rácio ideal Enfermeiro/Famílias tem-se desenvolvido experiências piloto em alguns Centros de Saúde, tendo em conta outros factores que deverão ser ponderados e que têm suscitado algumas questões.

A primeira prende-se, sobretudo, com a importância da continuidade dos cuidados à família. Sendo assim, é questionada a vantagem da perspectiva de promovermos o trabalho em equipa de dois enfermeiros que, sendo cada um deles responsável por um certo número de famílias, ambos serão detentores de informação suficiente das famílias adstritas ao colega, como forma de dar resposta pontual, caso seja necessário. Esta condição surge face à possível necessidade de alargar o horário de funcionamento dos Centros de Saúde, necessidade do enfermeiro se actualizar, desenvolver estudos e trabalhar estatisticamente as intervenções e os resultados que permitam uma melhoria dos cuidados prestados às famílias.

A segunda contingência que surge é a criação das equipas multidisciplinares, em que se fundamentam nas Unidades de Saúde Familiar. O facto de já existirem listas de utentes/famílias inscritas num determinado médico, que não se circunscrevem a uma determinada área geográfica, dificulta a confluência destes dois profissionais. Não podendo perspectivar os cuidados à família longe do seu habitat natural e tendo em conta a gestão dos recursos humanos e materiais, seria inevitável uma redistribuição das listas actualmente existentes. Facto que tem sido motivo de alguma reflexão, como forma de encontrar a melhor resolução, quer para os profissionais, quer para as próprias famílias.

Todavia, outras medidas têm sido instituídas de modo a consolidar nos enfermeiros a perspectiva familiar na sua abordagem.

Foi elaborado um Manual de Cuidados de Enfermagem à Família, apresentado nos finais de 2006 a todos os enfermeiros chefes e especialistas e, posteriormente, emanado para todos os Centros de Saúde da Região, estando a prever-se formação nesta área a todos os enfermeiros da prática.

Tem havido o incentivo para que os enfermeiros, dentro da mesma equipa e preservando uma área geográfica, vão determinando as suas famílias através da marcação em agenda própria e programação do seu trabalho que permita uma maior continuidade das suas intervenções e uma forma de se identificar o enfermeiro responsável pelas mesmas.

Em modo de reflexão final, julgamos que o maior desafio que se coloca actualmente aos Cuidados de Saúde Primários é a efectivação de uma prática em equipas que se querem, não apenas multidisciplinares, mas interdisciplinares e transdisciplinares, de modo a promovermos e potenciarmos o desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional através do máximo aproveitamento dos conhecimentos e competências de cada profissional (Febrão & Biscaia, 2006). Pois, enquanto a multidisciplinaridade se caracteriza por subsistirem várias disciplinas / várias profissões a trabalhar num mesmo contexto, a interdisciplinaridade pressupõe a multidisciplinaridade acrescida de uma troca de aprendizagem entre as variadas disciplinas / profissões, em que cada uma *aprende das outras, com as outras e sobre as outras* (Febrão & Biscaia, 2006, p. 92).

Por sua vez a transdisciplinaridade apresenta-se ainda mais complexa uma vez que implica a existência da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade, dilatada pela interacção entre as várias disciplinas, abolição das suas fronteiras e da relação com todos os mecanismos de ligação que a organização estabelece com o exterior, revertendo-se em conhecimentos novos e integrados.

Esta perspectiva concorrerá fortemente para a garantia da qualidade dos Cuidados de Saúde prestados à população.

PARTE II

ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A ENFERMAGEM  
COM FAMÍLIAS



## **1 – METODOLOGIA**

Esta fracção é dedicada exclusivamente à exposição dos métodos e das técnicas utilizadas no nosso estudo.

Assim, enquadraremos a nossa investigação através da sua conceptualização com a enunciação das questões de investigação que suportam este estudo, dos objectivos que se pretendem alcançar e da clarificação da sua finalidade. No seguimento apresentaremos as consentâneas variáveis, de estudo e de atributo; a caracterização da população amostral; o instrumento de colheita de dados utilizado, com os aspectos relativos ao pré-teste e às características psicométricas; os procedimentos éticos indispensáveis e efectuados no desenvolvimento deste estudo e, finalmente, o tratamento estatístico previsto para a análise dos dados.

### **1.1 - CONCEPTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS**

A nossa experiência da prática clínica como prestadora directa de cuidados enquanto generalista, e posteriormente, como especialista em enfermagem comunitária a exercer funções nos CSP, bem como docente, a leccionar conteúdos teóricos relacionados com a nossa área de especialidade e a família e a acompanhar as respectivas práticas clínicas, suscitaram-nos algumas inquietações que nos estimularam para o desenvolvimento deste estudo. Foram elas:

- Qual a percepção dos Enfermeiros sobre a abordagem da Enfermagem com Famílias?
- Que factores sócio demográficos e profissionais influenciam a percepção dos Enfermeiros sobre a Enfermagem com Famílias?
- Qual o significado que os Enfermeiros atribuem à Enfermagem de Família?
- Que factores facilitadores e dificultadores identificam os Enfermeiros para a prática da Enfermagem com Famílias?

Sendo assim e estando atentas às alterações que se têm imprimido na prática profissional de enfermagem e acreditando que cada vez mais é importante que se desenvolvam parcerias efectivas entre a docência e a prática em enfermagem, tivemos

como principal objectivo neste estudo analisar a percepção dos enfermeiros, a exercer nos Centros da Saúde da RAM, sobre a Enfermagem com Famílias.

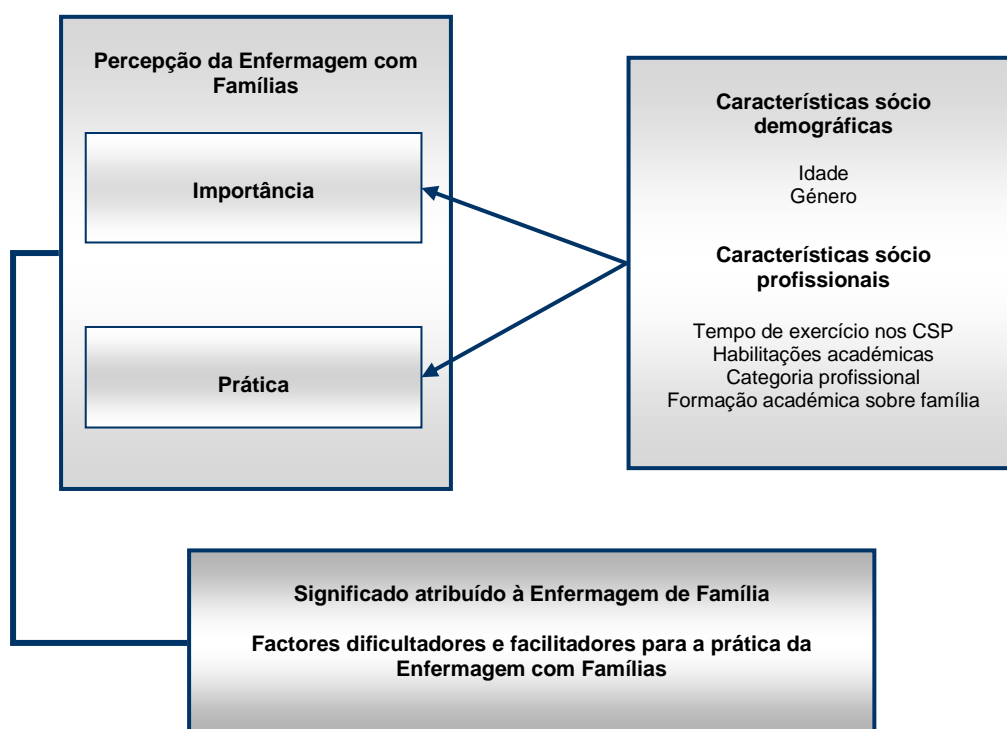
De um modo mais específico pretendeu-se estudar a sua percepção da prática diária neste paradigma e a importância que lhe atribuem, tendo como finalidade contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem com Famílias.

Como objectivos específicos deste estudo, pretendemos:

- Identificar a percepção da prática profissional junto das famílias e a importância que os enfermeiros atribuem a essa mesma prática;
- Comparar a percepção da prática profissional junto das famílias e a importância que lhe atribuem;
- Relacionar as características sócio demográficas e sócio profissionais dos enfermeiros com a percepção da prática profissional desenvolvida junto das famílias e a importância que atribuem a essa mesma prática;
- Identificar a concepção de Enfermagem de Família que os enfermeiros possuem;
- Identificar factores que os enfermeiros consideram dificultadores e facilitadores de uma prática profissional junto das famílias.

Diante destes objectivos desenvolvemos um estudo do tipo descritivo e exploratório, cujo diagrama de estudo se apresenta ilustrado na figura seguinte.

Figura 10 - Diagrama de Estudo



## 1.2 – VARÁVEIS EM ESTUDO

A identificação e clarificação das variáveis em estudo tornam-se fundamentais como forma de descrever as características do atributo a medir (Fortin, 1999).

Assim, e como variável dependente do nosso estudo, temos a percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias, que será avaliada em duas dimensões: a da prática e a da importância atribuída a essa mesma prática.

A percepção permite ao indivíduo conhecer o mundo que o rodeia de uma maneira global e enredada, pois é entendida como todo o processo que permite tornar consciente tudo o que afecta os sentidos, nomeadamente, os objectos, as pessoas, as situações concretas ou os acontecimentos reais e presentes. Segundo Morujão (1992) a percepção é *considerada um acto primitivo e imediato, ou seja, não intelectual e não reflexo, objectivo* (p. 54). É neste sentido que a percepção constitui o fundamento sobre o qual incidirá o nosso estudo.

Como variáveis independentes, para além do género, foram utilizadas para o estudo:

- A *Idade* que, atendendo aos valores mínimo e máximo encontrados e como forma de criar classes com intervalos iguais, foi agrupada em três conjuntos fechados. O primeiro integrou as idades compreendidas entre os 21 e os 35 anos, o segundo entre 36 e 50 e o terceiro entre os 51 e 65 anos.
- O *Tempo de Exercício nos Cuidados de Saúde Primários*, onde se pretende identificar há quanto tempo os profissionais exercem neste contexto, foi agrupado, equitativamente, em quatro classes: inferior ou igual a 9 anos, de 10 a 19, de 20 a 29 e de 30 a 39 anos.
- As *Habilitações Académicas* pretendem identificar as qualificações académicas do ensino superior que os enfermeiros possuem, apresentando como opções o bacharelato, a licenciatura, o mestrado e outras. Para efeitos de estudo, foram agrupadas em bacharelato e Licenciatura/Mestrado.
- À *Categoria Profissional* corresponde à situação hierárquica ocupada na profissão, apresentando-se todas as categorias concordantes com a carreira de enfermagem, ou seja, enfermeiro, enfermeiro graduado, especialista, chefe e supervisor. Posteriormente, e para efeitos de estudo, foram associadas em dois grupos, encontrando-se no primeiro os enfermeiros e os enfermeiros graduados e no segundo os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores.
- A *Formação Académica sobre Família* corresponde ao conjunto de conhecimentos adquiridos sob a temática família durante a formação académica dos sujeitos, como unidade curricular ou dispersa por várias disciplinas. Foi solicitado aos

sujeitos que referissem a que nível, ou níveis, de formação esses conhecimentos foram adquiridos. Para efeitos de estudo utilizamos apenas os dados relativos ao facto de terem usufruído ou não deste tipo de formação, tendo sido agrupados em nenhuma formação, formação dispersa, formação em unidade curricular e finalmente em formação dispersa e formação curricular.

Como forma de caracterizar os sujeitos da amostra utilizamos, para além das variáveis que também foram utilizadas no estudo, as seguintes variáveis de atributo:

- O *Concelho* onde exercem funções que foi subdividido nos onze concelhos que formam a Região Autónoma da Madeira.
- A *Área Funcional*, que corresponde à área a que os enfermeiros, predominantemente, dedicam o seu exercício profissional, sendo operacionalizada em prestação directa de cuidados, formação, gestão, prestação directa de cuidados e formação, prestação directa de cuidados e gestão e, finalmente, formação e gestão.
- A *Área de Especialidade* foi também contemplada para caracterização da amostra, solicitando-se aos sujeitos, que possuíssem esta formação indicassem a sua área especializada de prestação de cuidados.

### 1.3 – UNIVERSO E AMOSTRA

Estabelecemos como população amostral do nosso estudo todos os enfermeiros na prestação directa de cuidados e/ou na gestão a exercer funções nos Centros de Saúde da RAM que, na data em que obtivemos os dados, perfaziam um total de 420. Este dado foi conseguido através de contactos formais e informais com a Enfermeira Directora dos Cuidados de Saúde Primários, com as Enfermeiras Supervisoras e Chefes dos vários Centros de Saúde.

Obtivemos uma taxa de resposta ao instrumento de colheita de dados de 89,3% (375 questionários). Destes, três foram excluídos do estudo por não terem preenchido mais de 20% do questionário.

Deste modo a população em estudo é constituída por 372 casos, o que corresponde a 88,6% do total dos enfermeiros a exercerem funções nos Centros de Saúde da RAM, cuja caracterização sócio demográfica passamos a expor.

#### 1.3.1 – Características sócio demográficas e sócio profissionais

Relativamente às variáveis idade e sexo, verifica-se pela tabela 1 que a maioria da amostra é do sexo feminino com 90.3 percentuais, coexistindo dois grupos etários (21

- 35 e 36 – 50) com a mesma representatividade (41.7%). No pertencente ao sexo masculino, com 9.7%, a maioria encontra-se no grupo etário 21 – 35 anos, não se encontrando nenhum enfermeiro no grupo etário 51 – 65.

A idade mínima é de 22 anos e a máxima de 65 anos, o que corresponde a uma amplitude do intervalo de variação de 43 anos. O desvio padrão é 9.1 relativamente a uma media de idades de 36.72

Tabela 1– Grupo etário e sexo

Idade	Sexo		Feminino		Masculino		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
21 – 35	155	41.7	26	7.0	181	48.7		
36 – 50	155	41.7	10	2.7	165	44.3		
51 - 65	26	7.0	0	0.0	26	7.0		
Total	336	90.3	36	9.7	372	100.0		

Características métricas da idade

Média	36.72
Moda	30
Mediana	36
Desvio Padrão	9.10
Mínimo	22
Máximo	65

Quanto à categoria profissional é nos enfermeiros graduados que se situa a maioria da população (53%), sendo que destes, 6.6% possuem já formação especializada.

Podemos ainda constatar pela tabela 2 que 14% dos enfermeiros são especialistas, dos quais 10.5% se encontram nesta categoria há menos de 12 anos.

Tabela 2– Categoria profissional e tempo de exercício na categoria

Categoria	Tempo		< 12		12 - 23		24 - 35		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Enfermeiro	98	26.3	0	0	0	0	98	26.3		
Graduado	144	38.7	46	12.4	7	1.9	197	53.0		
Especialista	39	10.5	13	3.5	0	0	52	14.0		
Chefe	14	3.8	6	1.6	1	0.3	21	5.6		
Supervisora	4	1.1	0	0.0	0	0.0	4	1.1		
Total	299	80.4	65	17.5	8	2.2	372	100.0		

Características métricas do tempo na categoria

Média	7.26
Moda	4
Mediana	6
Desvio Padrão	6.00
Mínimo	0
Máximo	33

Pela tabela seguinte verifica-se ainda que a maioria dos enfermeiros desempenham funções no Concelho do Funchal (33,3%) e nos concelhos mais próximos (Câmara de Lobos – 12.1% e Santa Cruz – 10.8%).

Quanto à área funcional exercida, a amostra em estudo é constituída maioritariamente, 84.4%, por enfermeiros que se encontram exclusivamente na prestação directa de cuidados havendo, contudo, 7.3 % de sujeitos que acumulam à prestação de cuidados directos a função de formação e 7.0% que exercem, exclusivamente, funções de gestão.

Relativamente ao tempo de exercício profissional nos Cuidados de Saúde Primários, constata-se ainda pela tabela subsequente, que o maior percentual se situa nos enfermeiros com menos de 10 anos desta prática (50,3%), variando, este tempo entre um máximo de 38 anos e os que ainda nem perfizeram 1 ano desta experiência, o que admite encontros de práticas muito diversificadas. O desvio padrão é de 8.875 relativamente a uma média de 11.36.

No respeitante às habilitações académicas, predominam os enfermeiros com licenciatura ou equivalente legal (76.6%), havendo uma pequena percentagem de enfermeiros com Mestrado (1.9%).

Tabela 3- Concelho onde desempenham funções, área funcional, tempo de exercício nos CSP e habilitações académicas

Variáveis	nº	%
Concelho		
Funchal	124	33.3
Câmara de Lobos	45	12.1
Santa Cruz	40	10.8
Machico	37	9.9
Calheta	24	6.5
São Vicente	22	5.9
Santana	18	4.8
Ribeira Brava	17	4.6
Ponta do Sol	16	4.3
Porto Santo	15	4.0
Porto Moniz	14	3.8
Total	372	100.0

Área funcional	nº	%
Prestação directa de cuidados	314	84.4
Formação	1	0.3
Gestão	26	7.0
Prestação directa de cuidados e formação	27	7.2
Prestação directa de cuidados e gestão	3	0.8
Formação e gestão	1	0.3
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>100.0</b>
Tempo de exercício nos C.S.P.	nº	%
≤ 9	187	50.3
10 -19	121	32.5
20 - 29	50	13.4
30 - 39	14	3.8
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>100.0</b>
Habilitações académicas	nº	%
Bacharelato	80	21.5
Licenciatura	285	76.6
Mestrado	7	1.9
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>100.0</b>

Fazendo referência novamente às habilitações académicas, é de mencionar que dos 90 enfermeiros (24.2% do total da amostra) com formação especializada, 32.2% possuem o curso de especialização em enfermagem comunitária, seguido do de saúde infantil e pediátrica, com 16.7%, e do de saúde pública com 15.6%.

Tabela 4 - Formação especializada

Formação especializada	nº	%
Saúde Comunitária	29	32.2
Saúde Infantil e Pediátrica	15	16.7
Saúde Pública	14	15.6
Saúde Materna e Obstétrica	10	11.1
Reabilitação	11	12.2
Saúde Mental e Psiquiátrica	7	7.8
Geriartria	4	4.4
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>

A formação académica com conteúdos em família, como unidade curricular ou dispersa, foi uma das variáveis tidas em consideração, uma vez que poderá influenciar a percepção que possuem da prática de Enfermagem com Famílias e da importância que atribuem à mesma.

Observa-se pela tabela 5, que a maioria dos enfermeiros usufruiu desta formação, de forma dispersa, no curso de enfermagem (53.0%), seguido da formação especializada (11.5%), sendo que 6.7% usufruíram desta metodologia no Curso de Enfermagem e na Especialidade (nas duas formações académicas)

Aludindo à formação sobre família como unidade curricular, é também no curso de enfermagem que encontramos o maior percentual (45.7%), seguido da especialidade (10.3%) e do Complemento de Formação em Enfermagem (9.4%).

Porém, importa referir que 92 (24.7%) destes enfermeiros não usufruíram de nenhuma unidade curricular sobre família e 86 (23.1%) não tiveram abordagens teóricas dispersas sobre a mesma temática na sua formação académica. Destes, 29 (7.8%) não usufruíram de qualquer tipo de formação académica sobre este assunto.

Tabela 5 - Formação académica com conteúdos da família

Formação académica em família	Unidade curricular		Dispersa	
	Nº	%	Nº	%
Nenhuma	92	24.7	86	23.1
Curso de Enfermagem	170	45.7	197	53.0
Especialidade	38	10.3	43	11.5
Complemento de formação	35	9.4	13	3.5
Mestrado	2	0.5	0	0.0
Curso de enfermagem e especialidade	21	5.6	25	6.7
Curso de enfermagem e complemento de formação	9	2.4	7	1.9
Especialidade e complemento de formação	3	0.8	0	0.0
Especialidade e Mestrado	1	0.3	0	0.0
Curso de enfermagem, especialidade e mestrado	1	0.3	0	0.0
Curso de administração de serviço de enfermagem	0	0.0	1	0.3
Total	372	100.0	372	100.0

#### 1.4 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Como instrumento de colheita de dados, inicialmente, e na tentativa de encontrar um instrumento que medisse o que pretendíamos, deparamo-nos com o *Family-Centered Care Questionnaire* (FCCQ) de Bruce e Ritchie (1997) baseado no conceito de cuidados centrados na família proposto pela Associação para os Cuidados de Saúde à Criança, em 1987, modificado em 1992, pelo Comité dos Cuidados Centrados na Família do Hospital Pediátrico de *Izaak Walton Killiam*.

Considerando que este questionário está fortemente relacionado com os cuidados à criança, em situação de doença aguda ou crónica e face à inacessibilidade ou

desconhecimento de um instrumento adequado à investigação a que nos alvitávamos, propusemo-nos à elaboração de um questionário. Para tal, baseámo-nos no instrumento de colheita de dados aludido anteriormente, formando proposições que evidenciassem elementos considerados e preconizados por diversos autores, como essenciais para uma avaliação e intervenção de Enfermagem junto das Famílias, de onde se destacam Wright e Leahey, complementadas por Hanson, Friedman e Bomar.

Surge assim um questionário para a avaliação da Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF) composto por uma primeira parte para caracterização da amostra e uma segunda parte com cinquenta e duas (52) enunciações referentes a elementos necessários para uma avaliação e intervenção de Enfermagem junto das Famílias.

Num primeiro agrupamento de cinquenta e dois (52) itens pretendíamos identificar a percepção dos enfermeiros sobre quais destes elementos são incluídos na sua prática diária e com que frequência, usando para tal uma escala de Likert, com 4 categorias de intensidade crescente que vai do nunca ao sempre. No segundo conjunto, com o mesmo número de itens do primeiro, e novamente recorrendo a uma escala de Likert, com 4 categorias, também de intensidade crescente, que vai do nada importante ao muito importante, pretendemos identificar que importância atribuem os enfermeiros a esses mesmos elementos para que haja, efectivamente, uma prática de Enfermagem com Famílias.

Deliberámos retirar a posição neutra pois, como nos referem Burns e Grove (1993) e Polit e Hungler (1998), esta é uma forma de evitar o refúgio dos respondentes nesta colocação, impelindo-os para uma tomada de opinião.

No sentido de conhecer a concepção da Enfermagem com Famílias que os Enfermeiros possuem e dos factores que consideram facilitadores e dificultadores deste tipo de prática, foram elaboradas três questões abertas.

#### 1.4.1 - Pré-teste

O pré-teste é uma forma de ensaiar um instrumento de medida antes da sua efectiva utilização no estudo que o investigador pretende desenvolver. Segundo Fortin e Robichaud (2003) esta é uma etapa fundamental para a identificação de erros a fim de proceder à sua alteração atempadamente. Para tal o instrumento a ser ensaiado deverá ser preenchido por uma população de 10 a 30 indivíduos representativos do universo, embora Hill e Hill (2002), considerem que esta amostra deverá ser no mínimo de 50 sujeitos.

Com esta prática pretende-se verificar se o instrumento de colheita de dados, e mais especificamente, se o questionário apresenta:

- Uma sequência lógica,
- Questões com sentido, compreensíveis e desprovidas de equívocos,
- Questões pertinentes para colher a informação pretendida,
- Instruções suficientes para o seu preenchimento e
- Extensão que não provoque desmotivação no seu preenchimento.

Sendo assim, após a elaboração do exemplar foi feita uma primeira aplicação (de 39 questionários) a enfermeiros alunos do Curso de Complemento de Formação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Face aos resultados deste pré teste e a algumas sugestões dos colegas que o preencheram, nomeadamente, o não preenchimento de oito sujeitos à segunda parte do questionário e o facto de o considerarem longo, foram feitas algumas alterações, nomeadamente na estrutura do mesmo, passando a apresentar uma organização em colunas - uma referente à percepção da prática e outra à importância atribuída, fragmentadas nas diferentes dimensões da resposta.

Efectuámos ainda, e após a sua aplicação efectiva, a análise da correlação de Ró de *Spearman* entre os itens, tendo sido identificadas algumas correlações mais elevadas, o que nos imprimiu à necessidade de revê-los e confrontá-los teoricamente, com o objectivo de identificarmos se estariam a medir a mesma coisa. Após esta análise julgámos pertinente retirar os itens 6, 31, 36 e 48, cujos conteúdos e valores obtidos nos respectivos coeficientes de correlação apresentamos no quadro seguinte.

Tal decisão baseou-se nas seguintes análises:

- Efectivamente, na nossa prática diária, o diagrama de vínculos familiar, quando efectuado, é realizado junto com o ecomapa familiar;

- A priorização das necessidades compreende, imperiosamente, não apenas a sua identificação, como também a sua análise;

- A validação com a família das intervenções face aos problemas identificados, compreende a confirmação das tomadas de decisão que melhor se adaptam às mesmas, e finalmente

- Se a avaliação efectuada dos resultados obtidos é baseada nos objectivos estabelecidos, inferimos a eficácia dos cuidados prestados.

Quadro 12 – Comparação dos itens com correlações elevadas

Item	Conteúdo do item	Item	Conteúdo do item	Ró de Spearman	
				PPEF	IAEF
5	...constroem o ecomapa familiar.	6	...constroem o diagrama de vínculos familiar.	0.78	0.80
30	...em conjunto com a família, identificam necessidades reais e/ou potenciais da família.	31	...em conjunto com a família, analisam as necessidades de cuidados identificadas.	0.81	0.85
31	...em conjunto com a família, analisam as necessidades de cuidados identificadas.	32	...em conjunto com a família, priorizam as necessidades.	0.77	0.77
35	...em conjunto com a família, validam as intervenções para o(s) problema(s) identificados.	36	...em conjunto com a família, validam as tomadas de decisão que melhor se adaptam às necessidades da família.	0.81	0.83
47	...avaliam os resultados das intervenções de acordo com os objectivos estabelecidos.	48	...avaliam os resultados das intervenções para validar a eficácia dos cuidados prestados.	0.83	0.84

Deste modo o instrumento de colheita de dados passou a ser composto por noventa e seis (96) itens, subdivididos em dois grupos de quarenta e oito (48) proposições para a percepção da prática de Enfermagem com Famílias e outras quarenta e oito (48) para a importância atribuída à Enfermagem com Famílias.

#### 1.4.2 - Características Psicométricas

As características psicométricas de um instrumento de medida baseiam-se em estudos de validade e de fidedignidade, sendo este um percurso que, não se esgotando apenas numa análise, implica sucessivos estudos no sentido de encontrar uma versão que permita a confiabilidade dos resultados encontrados. Sendo assim, e como forma de simplificar a nossa exposição, optámos por apresentar apenas as análises finais de todo este procedimento.

#### **Estudos de Validade**

A validade refere-se à precisão com que um instrumento mede o que é proposto medir. Mas, outra forma de definir a validade é veiculada por Burns e Grove (2001): *a validade de um instrumento é a determinação do grau com que o instrumento reflecte o constructo abstracto que se encontra em estudo* (p. 399). A validade de um instrumento é, assim, uma questão de adaptação entre o *constructo* e a pontuação verdadeira, podendo tornar-se mais baixa devido aos erros sistemáticos, ou de medida previsíveis, que ocorrem numa determinada direcção, superestimando ou subestimando as

pontuações verdadeiras. Estes erros podem alterar as pontuações dos sujeitos de forma semelhante, tornando os valores não representativos da quantidade que está a ser medida.

Brinberg e McGrath referidos por Burns e Grove (2001), afirmam que *a validade não é um objecto que possa ser obtido com técnicas. A validade...é um conceito que designa um estado ideal – para ser procurado, mas não para ser ganho. ...a validade tem de ser efectuada com veracidade, força e respeito....se alguém consegue adquirir uma quantidade suficiente de validade, aplicando as técnicas adequadas, alguém “ganhou” o jogo chamado pesquisa* (p.399).

Na verdade, a validade, tal como a fidedignidade, não é um fenómeno de *tudo ou nada*, não se pode dizer que um instrumento tem validade ou não tem validade. Nenhum instrumento é completamente válido, a validade é, no entender de Burns e Grove (2001) e Nunnally e Bernstein (1994), uma questão de grau. A definição da validade de um instrumento requer anos de trabalho. Muitos autores equacionam a validade de um instrumento com o rigor do investigador.

Para Burns e Grove (2001), a validade deve ser avaliada na utilização de um instrumento para um grupo específico ou propósito, uma vez que esta varia com a amostra e com a situação.

A validade tem sido discutida na literatura como dividida em vários tipos e, por sua vez, numa variedade de subtipos, o que a torna muito confusa, principalmente porque todos eles estão inter-relacionados. Na perspectiva de Nunnally e Bernstein (1994), vários autores utilizam diferentes termos para descrever os três tipos de validade: a validade preditiva é também referida como “validade empírica”, “validade estatística” e, mais frequentemente, como “validade relacionada com um critério”; a validade de conteúdo pode também ser denominada de “validade intrínseca”, “validade circular”, “relevância” e “representatividade”; e, por fim, a validade de *constructo* pode ser descrita em termos de “validade traço” e “validade factorial”. Na perspectiva de Anastasi (1986) citada por Nunnally e Bernstein (1994), todos os tipos de validade identificados são actualmente considerados, como complementares à validade de *constructo*.

Neste estudo recorreremos às validações do conteúdo e de *constructo* do instrumento de colheita de dados.

#### *Validação do conteúdo*

A validade de conteúdo para Burns e Grove (2001) *examina o grau com o qual o método de mensuração inclui todos os elementos relevantes para o constructo que se encontra a ser medido* (p.400).

Esta evidência é obtida recorrendo a variadas abordagens com base em diversas fontes: literatura, populações relevantes e representativas e peritos no conteúdo, sendo que a sua determinação é, essencialmente, um processo subjectivo (Portney & Watkins, 1993; Polit & Hungler, 1998), uma vez que não existe um método objectivo ou índices estatísticos para a sua avaliação.

A abordagem usada mais frequentemente para a validade de conteúdo baseia-se no julgamento de peritos aos enunciados de um instrumento de medida, podendo este ser nominal ou por consensos. A primeira é efectuada por um perito através de uma apreciação da correspondência entre enunciados e as características a medir, *não representando verdadeiramente uma prova da validade do conteúdo de um instrumento de medida* (Fortin & Nadeau, 2003, p. 230).

Por outro lado, a validade por consensos considera um grupo de peritos para a validade de conteúdo de um instrumento de medida, a quem são proporcionados antecipadamente os objectivos do estudo, a amostragem e os itens a serem analisados. Não existe consenso quanto ao número de peritos que deverão formar o painel, porém, Burns e Grove (2001) referenciando Lynn, consideram que é recomendado a reunião de cinco peritos, sendo que são aceitáveis no mínimo três, caso não seja possível encontrar mais peritos na área em estudo. Estes indivíduos estão obrigados a ter conhecimentos na área da investigação, na prática relacionada com o tema em estudo e num outro domínio relevante na área apreciada.

Berk, referenciado por Burns e Grove, recomenda que esta avaliação deverá ser efectuada, numa primeira fase, separadamente e posteriormente levada a discussão em grupo, voltando a ser analisada de forma individual após a revisão do instrumento de medida.

Waltz, Strikland e Lenz (1991) sugerem ainda a utilização do índice de validade de conteúdo (CVI), desenvolvido por Waltz e Baussell em 1981, que quantifica o grau de acordo entre os peritos. Para quantificar o índice deverão ser proporcionados os objectivos da medida e os itens a, pelo menos, dois especialistas, sendo solicitada a sua avaliação no que diz respeito à relevância de cada item relativamente aos objectivos. É utilizada uma escala de quatro níveis: (1) irrelevante, (2) algo relevante, considerado como um nível incapaz para avaliar a relevância sem que se efectue uma revisão do item; (3) relevante, mas que necessita de uma pequena alteração e (4) muito relevante e sucinto. O índice é definido na proporção dos itens avaliados como relevantes e muito relevantes, baseados na escala de quatro níveis, para todos os avaliadores.

Há cerca de trinta anos atrás, fazia-se referência à denominada validade facial, como sendo o único tipo de validade contemplada na maioria dos estudos então desenvolvidos. Este tipo de validade relacionava-se basicamente com a apresentação e

aparência do instrumento, sendo um método mais básico e menos rigoroso na avaliação da validade de um teste (Portney & Watkins, 1993; Nunnally & Bernstein, 1994; Burns & Grove, 2001). Na verdade este método não possuindo nenhum padrão para o seu julgamento ou determinação é subjectivo e cientificamente fraco, pelo que não deve ser considerado suficiente. Todavia, esta característica de um teste é útil na sua aceitação por parte de quem o administra, daqueles que estão a ser avaliados e de quem pretende utilizar os resultados.

Portney e Watkins (1993) consideram que a validade de conteúdo e facial são conceitos semelhantes, uma vez que ambas se baseiam em julgamentos subjectivos e sugerem que o teste está de acordo com o propósito pretendido.

Porém, apresentam uma importante distinção: enquanto que a validade facial é uma forma de validação efectuada após a construção do instrumento de colheita de dados, a validade de conteúdo desenvolve-se no planeamento e construção do teste, decorrendo de uma completa e apropriada avaliação dos objectivos do teste e do modo como as componentes das suas partes reflectem a base teórica. Neste contexto, a validade facial complementa a validade de conteúdo, podendo ser considerada uma sua componente.

Deste modo, após a elaboração de cinquenta e duas (52) enunciações estas foram submetidas à apreciação de um júri de nove elementos com competência para a avaliação do conteúdo do instrumento, pela sua experiência profissional, formação académica e conhecimento científico. Na sua composição estavam presentes Enfermeiros da área da docência, da prática, da gestão e da investigação em Enfermagem.

Para tal apreciação foi entregue um instrumento de colheita de dados, junto com uma carta onde solicitávamos uma análise de cada item de acordo com a sua pertinência, relevância, clareza, ambiguidade, sequência lógica, sugestões para a reformulação do item e inclusão de outros itens (Anexo II).

Seguidamente, foi agendada uma reunião com este grupo, com o objectivo de confrontarmos, discutirmos e chegarmos a um consenso acerca das sugestões.

Na discussão foi proposta apenas a alteração da formulação de três enunciações da escala, surgindo, então, o questionário a ser aplicado (Anexo III) para a avaliação da Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF).

#### *Validade de Constructo: Análise Factorial Exploratória*

Para além da validação pelos juizes, recorreremos, para a validação de constructo da escala, à validade factorial através da análise das componentes principais. Este tipo de análise está relacionado com a família das técnicas analíticas designadas para

identificar factores ou dimensões que se encontram subjacentes às relações entre um conjunto de variáveis ou itens de um instrumento, ou seja, tem como propósito agrupar em factores as variáveis que mais fortemente se correlacionam entre si. O pressuposto básico desta alegação é de que correlações altas no mesmo factor mostram que os itens estão a medir algo em comum.

Embora não haja consenso sobre qual deverá ser a dimensão ideal, um dos factores que poderão influir no grau de precisão dos factores que resultam desta análise prende-se com o tamanho da amostra em estudo. Alguns autores sugerem duzentos como um número razoável, ou uma amostra representativa de sujeitos. Outros apontam regras simples para ajudar a encontrar uma amostra de tamanho adequado, nomeadamente a regra proposta por Gorsuch citado por Bryman (1993) que defende um número absoluto de cinco sujeitos por variável e nunca menos de 100 indivíduos por análise.

Porém, e segundo o mesmo autor, *existe acordo em relação ao facto de que deve haver mais sujeitos do que variáveis em análise* (1993, p.310).

Assim, sujeitámos os 96 itens da escala da Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF) à análise dos componentes principais onde obtivemos um *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) indicativo de uma matriz muito boa à realização da análise factorial (0.93).

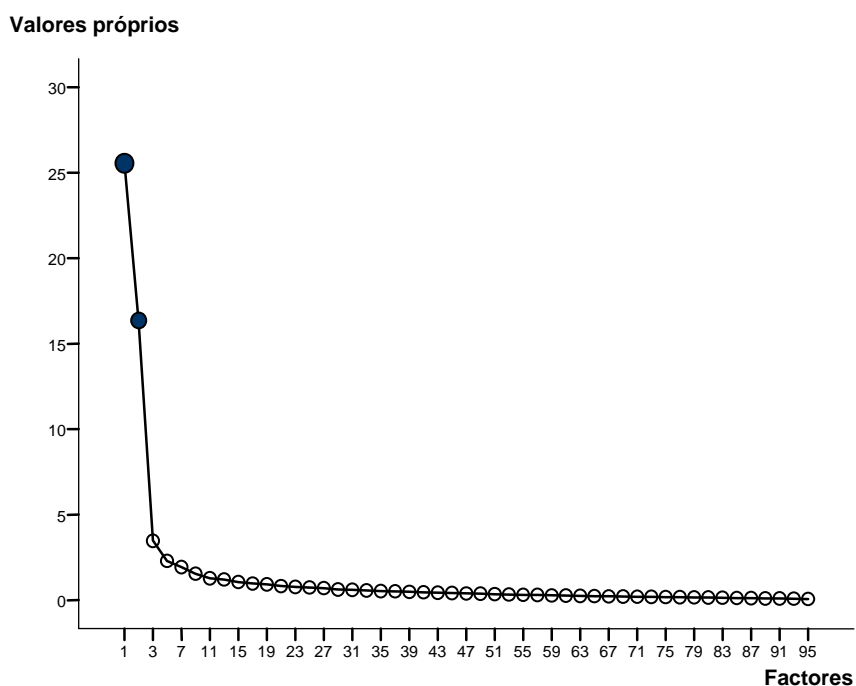
Pela análise da *Total Variance Explained e Reproduced Correlations*, surgem dezasseis valores próprios superiores a 1, conforme se pode ver no quadro seguinte, pelo que, pelo critério de Kaiser, deviam ser retidos o mesmo número de factores.

Porém, podemos verificar que os dois primeiros factores explicam a maior parte da variância (43.656%), sendo que o primeiro explica por si só 26,618% da variância total e o segundo 17,038%. Assim, e recorrendo à análise dos gráficos da variância pelo número de componentes (*Scree Plot*) verificamos pelo gráfico 1, que são dois os valores próprios representados que apresentam um maior afastamento, devendo deste modo ser retidos dois factores.

Quadro 13 - Valores próprios e variância explicada da PEEF

Factores	PEEF		
	Valores Próprios	% da Variância	% da Variância Acumulada
1	25.553	26.618	26.618
2	16.357	17.038	43.656
3	3.481	3.626	47.282
4	3.206	3.340	50.622
5	2.293	2.389	53.011
6	2.087	2.174	55.185
7	1.939	2.020	57.205
8	1.738	1.810	59.015
9	1.546	1.610	60.625
10	1.412	1.471	62.095
11	1.288	1.342	63.438
12	1.258	1.311	64.748
13	1.211	1.262	66.010
14	1.111	1.157	67.167
15	1.061	1.105	68.272
16	1.015	1.057	69.329
17	.972	1.013	70.342

Gráfico 1 – Scree Plot dos valores próprios da PEEF



A fim de facilitar a interpretação dos resultados da análise factorial, simplificar a estrutura factorial e possuir significado psicológico, efectuaram-se rotações varimax. O critério da rotação é pois maximizar a variância dos primeiros factores, e em consequência desta rotação maximizar a saturação de alguns itens. Utilizou-se a rotação ortogonal, pois esta produz factores que não se relacionam ou que são independentes uns dos outros.

O quadro seguinte mostra a saturação factorial da solução rodada ortogonal tipo *varimax*, dos cinquenta e seis itens, com dois factores. O primeiro factor é composto

exclusivamente por itens da escala da Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias (IAEF), enquanto que o segundo factor inclui itens que denotam a Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias (PEEF).

De assinalar que os itens 3, 4 e 5 apresentam na PPEF valores inferiores a .30, porém, após uma análise sobre os seus conteúdos optámos por mantê-los visto considerarmos que a sua informação a nível deste estudo seria de todo o interesse.

Quadro 14 – Estrutura factorial da PPEF  
(Início) (continuação)

Item	Factores	
	I	II
P 1	.125	<b>.493</b>
P 2	.094	<b>.525</b>
P 3	.062	<b>.279</b>
P 4	.058	<b>.175</b>
P 5	.052	<b>.147</b>
P 6	.074	<b>.561</b>
P 7	.070	<b>.492</b>
P 8	.008	<b>.520</b>
P 9	.074	<b>.653</b>
P 10	-.003	<b>.678</b>
P 11	.116	<b>.640</b>
P 12	.045	<b>.637</b>
P 13	.104	<b>.609</b>
P 14	-.018	<b>.600</b>
P 15	.063	<b>.641</b>
P 16	.082	<b>.572</b>
P 17	.092	<b>.613</b>
P 18	.163	<b>.569</b>
P 19	.192	<b>.586</b>
P 20	.065	<b>.645</b>
P 21	.046	<b>.705</b>
P 22	.040	<b>.703</b>
P 23	.067	<b>.689</b>
P 24	.028	<b>.646</b>
P 25	.013	<b>.713</b>
P 26	.093	<b>.695</b>
P 27	-.059	<b>.591</b>
P 28	-.009	<b>.642</b>
P 29	-.021	<b>.745</b>
P 30	.008	<b>.721</b>
P 31	.016	<b>.730</b>
P 32	.027	<b>.746</b>
P 33	.011	<b>.701</b>
P 34	.043	<b>.540</b>
P 35	.012	<b>.676</b>
P 36	.111	<b>.630</b>
P 37	-.003	<b>.631</b>
P 38	.084	<b>.596</b>
P 39	.133	<b>.575</b>
P 40	.135	<b>.509</b>
P 41	.126	<b>.630</b>
P 42	.053	<b>.468</b>
P 43	.050	<b>.688</b>
P 44	-.011	<b>.663</b>
P 45	.048	<b>.697</b>
P 46	-.034	<b>.542</b>
P 47	.073	<b>.631</b>
P 48	.014	<b>.602</b>
Variância explicada	26.618	

Item	Factores	
	I	II
I 1	<b>.527</b>	.182
I 2	<b>.628</b>	.080
I 3	<b>.651</b>	.014
I 4	<b>.626</b>	-.043
I 5	<b>.598</b>	-.091
I 6	<b>.606</b>	.175
I 7	<b>.645</b>	.065
I 8	<b>.678</b>	-.008
I 9	<b>.673</b>	.090
I 10	<b>.689</b>	.106
I 11	<b>.730</b>	.089
I 12	<b>.720</b>	.145
I 13	<b>.762</b>	.021
I 14	<b>.699</b>	.121
I 15	<b>.685</b>	.043
I 16	<b>.636</b>	.036
I 17	<b>.610</b>	.132
I 18	<b>.654</b>	.184
I 19	<b>.700</b>	.079
I 20	<b>.709</b>	.035
I 21	<b>.733</b>	.112
I 22	<b>.703</b>	.107
I 23	<b>.711</b>	.090
I 24	<b>.731</b>	.119
I 25	<b>.733</b>	.072
I 26	<b>.717</b>	.035
I 27	<b>.643</b>	.107
I 28	<b>.697</b>	-.006
I 29	<b>.802</b>	.061
I 30	<b>.785</b>	.080
I 31	<b>.760</b>	.048
I 32	<b>.758</b>	.017
I 33	<b>.741</b>	.019
I 34	<b>.624</b>	.107
I 35	<b>.722</b>	.081
I 36	<b>.708</b>	.021
I 37	<b>.685</b>	.081
I 38	<b>.708</b>	.087
I 39	<b>.729</b>	.044
I 40	<b>.690</b>	.102
I 41	<b>.691</b>	.065
I 42	<b>.670</b>	-.007
I 43	<b>.715</b>	.082
I 44	<b>.764</b>	.082
I 45	<b>.762</b>	.048
I 46	<b>.706</b>	.051
I 47	<b>.723</b>	.081
I 48	<b>.719</b>	.051
Variância explicada	17.038	

Posteriormente achámos pertinente sujeitarmos os 48 itens relacionados com a Percepção da Prática de Enfermagem com Famílias e com a Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias à mesma análise, tendo obtido um *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) de 0,962, novamente indicativo de que a matriz é adequada à realização da análise factorial.

Pela análise da *Total Variance Explained e Reproduced Correlations*, surgem, com valores próprios superiores a 1, para a percepção da prática nove valores e para a importância atribuída seis, pelo que, pelo critério de Kaiser, no primeiro caso deviam ser retidos nove factores e no segundo seis, conforme se pode ver no quadro imediato.

Porém, o primeiro factor explica a maior parte da variância nas duas sub-escalas (Prática - 37,698%; Importância - 49,041%) aspecto corroborado pela análise dos gráficos da variância pelo número de componentes (*Scree Plot*) onde se observou uma considerável descontinuidade da variância no primeiro factor, em ambas as escalas.

Este facto levou-nos à necessidade de efectuarmos rotações *varimax* e posteriormente confrontarmos os factores obtidos com a fundamentação teórica, não tendo encontrado qualquer uniformidade para admitir os factores apontados.

Quadro 15 - Valores próprios e variância explicada da Prática e da Importância

Factores	Prática			Importância		
	Valores Próprios	% da Variância	% da Variância Acumulada	Valores Próprios	% da Variância	% da Variância Acumulada
1	18.095	37.698	37.698	23.540	49.041	49.041
2	3.100	6.457	44.155	2.532	5.276	54.317
3	2.758	5.745	49.900	1.659	3.456	57.773
4	1.899	3.956	53.856	1.372	2.858	60.631
5	1.554	3.237	57.093	1.189	2.476	63.107
6	1.238	2.579	59.672	1.126	2.347	65.454
7	1.209	2.519	62.190	0.995	2.072	67.526
8	1.036	2.159	64.350	-	-	-
9	1.014	2.113	66.463	-	-	-
10	.900	37.698	68.338	-	-	-

Face ao produto obtido nestas análises passaremos a considerar neste estudo duas sub-escalas no questionário da Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF): uma referente à Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias (PPEF) e outra relativa à Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias (IAEF).

### **Estudos de Fidedignidade**

Anastasi e Urbina (2000), conceituam a fidedignidade ou confiabilidade como a *consistência das pontuações obtidas pelas mesmas pessoas quando elas são reexaminadas com o mesmo teste em diferentes ocasiões, ou com conjuntos de itens equivalentes, ou sob outras variáveis condições de avaliação* (p.84). Esta autora refere que a fidedignidade de um teste, num sentido mais amplo, *indica a extensão em que as diferenças individuais nas pontuações são atribuíveis a diferenças verdadeiras nas características sob consideração e a extensão com que elas são atribuíveis a erros casuais* (p.84).

Na perspectiva de Polit, Beck e Hungler (2001) a fidedignidade pode ser definida de duas formas: *a consistência com que um instrumento mede um atributo.....quanto menor a variação produzida por um instrumento em medidas repetidas de um atributo, mais elevada é a sua fidedignidade...Um instrumento é fidedigno se as suas medidas reflectem com precisão as verdadeiras medidas do atributo* (p.305).

Deste modo, e na perspectiva de Portney e Watkins (1993), se uma medida não é fidedigna, não se pode confiar nos dados colhidos, nem podem obter-se conclusões justas e adequadas. Os mesmos autores referem que muitos coeficientes de fidedignidade são baseados em medidas de correlação, as quais reflectem o grau de associação entre dois conjuntos de dados, ou ainda, a consistência dentro de duas distribuições.

Existem variadas formas de medir a fidedignidade. No nosso estudo esta avaliação foi efectuada através da consistência interna, recorrendo ao coeficiente de alfa de Cronbach e à correlação item-restante e da estabilidade temporal ou coeficiente de fidedignidade teste-reteste (coeficiente de correlação de Ró de Spearman).

#### *Consistência interna*

Segundo Portney e Watkins (1993), a consistência interna ou homogeneidade alude ao *grau com que os itens de um instrumento medem uma característica* (p. 62), pelo que se os itens dum teste forem fidedignos, qualquer variância nas pontuações obtidas deverá ser atribuída à diferença entre os sujeitos respondentes.

Nunnally e Bernstein (1994) entendem que *a consistência interna estima a fidedignidade baseada na correlação média entre os itens de um instrumento* (p.251). Como consequência, quando os sujeitos respondem de uma forma consistente aos itens de um instrumento, diz-se que existe homogeneidade dos itens. Para que os itens de um instrumento sejam homogéneos, devem medir a mesma característica e encontrarem-se bem formulados, para que não conduzam os sujeitos a responderem numa base não

relacionada com o conteúdo. O coeficiente de consistência interna é, então, um índice que informa sobre a homogeneidade do conteúdo do item e da sua qualidade.

O coeficiente *alfa de Cronbach* é um dos coeficientes mais importantes da consistência interna e avalia como se correlacionam entre si os itens de um instrumento, sendo sensível a factores de situação da amostra e ao conteúdo do item.

Portney e Watkins (1993) referem que a consistência interna pode também ser avaliada através de análises aos itens, ou seja, pode examinar-se como cada item do teste se correlaciona com cada um dos outros itens e com o instrumento no seu todo. Se um instrumento é fidedigno, as correlações dos itens devem ser elevadas.

Assim, outra forma comum de se obter informação acerca da consistência interna de uma escala é através da correlação item-restante, a qual, segundo explica Anastasi (1977), resulta da correlação entre o respectivo item e a soma da pontuação total do instrumento (sem o respectivo item). Aquela autora refere que a prática de rejeição de itens que apresentam baixa correlação com o resultado total, é um meio de purificar ou homogeneizar o teste.

Conforme se pode verificar no que se segue os alfas de *Cronbach* encontrados são superiores a 0.9, o que indica uma muito boa consistência interna.

Quadro 16 – Consistência interna da PPEF e da IAEF.

Sub-escala	Alfa de <i>Cronbach</i>
PPEF (n = 372)	.963
IAEF (n = 372)	.979

Nos quadros seguintes podemos observar que, quer na PPEF quer na IAEF, todos os itens restantes se relacionam positivamente com o global da respectiva sub-escala e todos são estatisticamente altamente significativos ( $p < .001$ ), com excepção do item 5 da sub-escala PPEF que, embora apresente um valor inferior a .20, apresenta uma correlação muito significativa ( $p < .01$ ) e não imprime alteração no valor de alfa.

Ao analisarmos o valor do *alfa de Cronbach* podemos perceber que nas duas sub-escalas a exclusão de qualquer um dos itens não altera substancialmente o valor do coeficiente alfa (na PPEF varia entre .962 e .963 e na IAEF mantém-se no .977).

Quadro 17 – Correlação item-restante da PPEF

PPEF	Correlação item-restante	Coefficiente alfa
Item 1	.485***	.963
Item 2	.520***	.962
Item 3	.292**	.963
Item 4	.200**	.963
Item 5	.175**	.963
Item 6	.550***	.962
Item 7	.485***	.963
Item 8	.510***	.962
Item 9	.635***	.962
Item 10	.649***	.962
Item 11	.621***	.962
Item 12	.616***	.962
Item 13	.594***	.962
Item 14	.578***	.962
Item 15	.625***	.962
Item 16	.563***	.962
Item 17	.597***	.962
Item 18	.551***	.962
Item 19	.568***	.962
Item 20	.619***	.962
Item 21	.677***	.962
Item 22	.667***	.962
Item 23	.668***	.962
Item 24	.619***	.962
Item 25	.682***	.962
Item 26	.669***	.962
Item 27	.562***	.962
Item 28	.621***	.962
Item 39	.719***	.962
Item 30	.688***	.962
Item 31	.702***	.962
Item 32	.721***	.962
Item 33	.676***	.962
Item 34	.512**	.963
Item 35	.649***	.962
Item 36	.609***	.962
Item 37	.600***	.962
Item 38	.571***	.962
Item 39	.560***	.962
Item 40	.494**	.963
Item 41	.616***	.962
Item 42	.455**	.963
Item 43	.675***	.962
Item 44	.641***	.962
Item 45	.679***	.962
Item 46	.519**	.962
Item 47	.613***	.962
Item 48	.584***	.962

\*\*\* p < .001  
 \*\* p < .01

Quadro 18 – Correlação item-restante da IAEF

IAEF	Correlação item-restante	Coefficiente alfa
Item 1	.529***	.977
Item 2	.621***	.977
Item 3	.639***	.977
Item 4	.608***	.977
Item 5	.576***	.977
Item 6	.609***	.977
Item 7	.639***	.977
Item 8	.665***	.977
Item 9	.666***	.977
Item 10	.683***	.977
Item 11	.722***	.977
Item 12	.718***	.977
Item 13	.748***	.977
Item 14	.696***	.977
Item 15	.678***	.977
Item 16	.624***	.977
Item 17	.605***	.977
Item 18	.654***	.977
Item 19	.689***	.977
Item 20	.694***	.977
Item 21	.724***	.977
Item 22	.692***	.977
Item 23	.699***	.977
Item 24	.722***	.977
Item 25	.718***	.977
Item 26	.698***	.977
Item 27	.632***	.977
Item 28	.676***	.977
Item 39	.789***	.977
Item 30	.771***	.977
Item 31	.743***	.977
Item 32	.739***	.977
Item 33	.721***	.977
Item 34	.613**	.977
Item 35	.707***	.977
Item 36	.689***	.977
Item 37	.669***	.977
Item 38	.693***	.977
Item 39	.711***	.977
Item 40	.675***	.977
Item 41	.673***	.977
Item 42	.645***	.977
Item 43	.701***	.977
Item 44	.751***	.977
Item 45	.746***	.977
Item 46	.688***	.977
Item 47	.712***	.977
Item 48	.705***	.977

### Estabilidade Temporal

A estabilidade temporal, usualmente designada por fidedignidade teste-reteste, segundo Burns e Grove (2001), é referente à *consistência de medidas repetidas do mesmo atributo com a utilização da mesma escala ou instrumento* (p. 396). Esta medida de fidedignidade é geralmente usada com medidas tecnológicas, físicas e com escalas de papel e lápis. O uso desta técnica parte da assunção de que *o conceito a ser medido permanece estável nos dois tempos de medida e que qualquer alteração na pontuação é consequência do erro aleatório* (p. 396). Para as medidas de papel e lápis, os autores recomendam um período de duas semanas a um mês entre as duas medições.

Para avaliar a estabilidade de um instrumento, é necessário aplicá-lo a um grupo de indivíduos e correlacionar esta aplicação com outra, que se efectua mais tarde, esperando que a posição relativa ao resultado de cada indivíduo se mantenha relativamente constante. Com este tipo de estimativa da fidedignidade pode determinar-se o grau de confiança com que pode ser generalizada a pontuação obtida em determinado momento, com outra, que é o resultado da aplicação do mesmo instrumento aos mesmos indivíduos, noutra ocasião. Assim sendo, uma medida que possui baixa estabilidade temporal, por definição, não será uma boa medida para predizer um comportamento futuro.

Neste estudo, a estabilidade temporal, foi avaliada através do cálculo do coeficiente de correlação *Ró de Spearman* entre as duas aplicações: teste e reteste, a 50 sujeitos, com um mês de intervalo (quadro 19). Os coeficientes de correlação na PPEF (.669) e na IAEF (.626) são semelhantes e revelam uma estabilidade temporal significativa ( $p < .001$ )

Quadro 19 – Estabilidade temporal da PPEF e da IAEF

Sub-escala	Ró de Spearman ( $r_s$ ) $p$
PPEF (n = 50)	( $r_s$ ) = .669; $p < .001$ ***
IAEF (n = 50)	( $r_s$ ) = .626; $p < .001$ ***

\*\*\*  $p < .001$

Em forma de síntese, face aos índices de fidedignidade e validade encontrados, podemos considerar que a utilização desta escala é adequada na segunda fase deste estudo e que este instrumento de colheita de dados dá resposta aos objectivos propostos no âmbito da percepção da prática diária da Enfermagem com Famílias e da importância atribuída a essa mesma prática.

## 1.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Na aplicação dos questionários, cujos processos de elaboração e de evolução já foram expostos, efectivámos um conjunto de procedimentos indispensáveis ao sucesso desta etapa do nosso estudo.

Assim, e após solicitação da autorização, ao Serviço Regional de Saúde, E.P.E., para a aplicação dos questionários e obtido o seu consentimento (Anexo IV), esta entidade informou as nossas intenções aos gestores de todos os Centros de Saúde da R.A.M.

Posteriormente a esta informação efectivada, contactámos pessoalmente com a Directora de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários, no sentido de nos integrarmos numa reunião agendada entre a Direcção de Enfermagem, Enfermeiras Supervisoras e Enfermeiras Chefes dos Centros de Saúde. Tivemos como propósito dar a conhecer o estudo (enquadramento, temática, objectivos, população alvo e contributo do estudo na prática) e solicitar a colaboração destes elementos para a motivação dos enfermeiros da prática para o preenchimento do instrumento de colheita de dados e reforço no esclarecimento do objectivo geral do trabalho junto dos mesmos (Anexo V).

Depois destas estratégias implementadas, os questionários foram enviados, acompanhados de uma carta endereçada aos chefes dos Centros de Saúde (Anexo VI) e outra introdutória ao instrumento de colheita de dados, onde todos os intervenientes neste processo foram informados da imprescindibilidade da sua participação no estudo, do seu objectivo e finalidade e ainda de que os dados seriam para utilização exclusiva da investigação, pelo que seriam armazenados e tratados informaticamente durante o decurso da pesquisa, sendo destruídos posteriormente. Notificámos igualmente que os dados não seriam objecto de análise individualizada e seria garantida a confidencialidade e o anonimato (Anexo VII). Para reforçar esta condição, junto a cada questionário, foi enviado um envelope onde o instrumento de colheita de dados, após o seu preenchimento, deveria ser colocado, cerrado e entregue ao responsável pela sua recolha em cada serviço.

Disponibilizámos ainda um contacto telefónico para o esclarecimento de qualquer dúvida que pudesse surgir sobre o estudo.

A participação no estudo foi voluntária garantindo desta forma a opção de não participação no mesmo.

Os questionários foram preenchidos durante os meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2006. Este período mais alargado teve como finalidade garantir uma maior participação no estudo, uma vez que coincidiu com uma época de férias dos profissionais.

## 1.6 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

No presente estudo foram utilizados vários tipos de análise estatística: análise descritiva, análises relacionadas com a validade e fidedignidade do instrumento de colheita de dados, já anteriormente abordados, e análise inferencial, recorrendo para tal ao SPSS 15.0. Para a análise da informação obtida nas questões abertas procedeu-se à análise temática qualitativa e quantitativa de conteúdo.

Para o estudo da validade da escala, para além do estudo da validade do conteúdo, através da validação pelos juízes, efectuámos para a validade de constructo a análise factorial exploratória *Rotated Component Matrix Varimax*.

A fidedignidade do instrumento de colheita de dados foi avaliada, primeiramente, através da consistência interna, mais especificamente do coeficiente *alfa de Cronbach* e da correlação item-restante. Posteriormente, e para a estabilidade temporal, utilizámos a fidedignidade teste-reteste, com o cálculo do coeficiente de correlação *Ró de Spearman* entre as duas aplicações.

A estatística descritiva foi utilizada na caracterização da amostra, sobretudo o cálculo da média, mediana, moda e do desvio padrão; na análise das não respostas e na identificação de *outliers*.

Na identificação da percepção da prática e da importância atribuída à Enfermagem com Famílias será utilizada a análise descritiva, designadamente as médias e o desvio padrão de cada item das sub-escalas complementadas pelas frequências de cada item de acordo com as possíveis dimensões e o seu total.

O método dos grupos extremos revisto será usado ainda no relacionamento e no posicionamento dos sujeitos em três intervalos mutuamente exclusivos – um dos valores mais baixos, outro dos valores intermédios e, o terceiro, dos valores mais elevados.

Num estudo estatístico a análise das variáveis envolvidas quanto à identificação das observações aberrantes (*outliers*) e à sua distribuição torna-se fundamental na eleição das decisões mais prudentes para dar continuidade ao mesmo.

Diante deste pressuposto, e após efectuar o estudo das variáveis quantitativas, obtivemos em todas as variáveis *outliers* moderados, com excepção na variável tempo na categoria que apresentava dois *outliers* severos.

Porém, e depois de efectuada a comparação das *estatísticas resultantes da análise com e sem as observações aberrantes* (Pestana & Gageiro, p.45), foi nossa decisão manter os casos, na medida em que estes não produziam alterações significativas nos resultados obtidos, mantendo-se ainda os valores das estatísticas de ordem e a dispersão dos dados (confronte Anexo VIII).

No que diz respeito à distribuição dos dados e através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, concluímos que apenas a PPEF apresenta uma distribuição normal.

Através do cálculo do quociente entre a *Skewness* e o seu erro padrão, as distribuições das variáveis independentes idade, tempo de exercício nos CSP e tempo na categoria actual são assimétricas positivas ou enviesadas à esquerda, o que indica que as medidas de tendência central se aproximam do valor mínimo da distribuição, enquanto que a IAEF apresenta uma distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita, denunciando de que as medidas de tendência central se aproximam do valor máximo da distribuição. A variável PPEF apresenta uma distribuição simétrica.

No referente ao achatamento, e recorrendo ao cálculo do quociente entre *Kurtosis* e o seu erro padrão, podemos verificar que as variáveis idade, tempo de exercício nos CSP e IAEF são mesocúrticas, a variável tempo na categoria actual é platicúrtica e a PPEF leptocúrtica (observe quadro em Anexo IX).

Assim, para analisar a intensidade de associação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes usar-se-ão variados testes não paramétricos, concordantes com as características das variáveis em análise, pois, segundo Maroco (2007), quando as *variáveis em estudo não verificam os pressupostos dos métodos paramétricos, os testes não paramétricos podem ser mais potentes* (p.213).

Nas variáveis idade e tempo de exercício nos CSP, recorreremos ao coeficiente de correlação Ró de *Spearman*; nas variáveis nominais sexo, habilitações académicas e categoria profissional empregaremos o teste de U de *Mann-Whitney* e, para a comparação de mais de dois grupos independentes, nomeadamente na variável formação académica com conteúdos sobre família, o teste de *Kruskal-Wallis*, seguido da comparação múltipla das médias das ordens, através do teste *post hoc* LSD de Fisher.

Para a análise temática qualitativa e quantitativa de conteúdo, usada no tratamento das questões abertas, iremos nos basear no enquadramento teórico, como preconizado por Ghiglione e Matalon (2001), e após a definição das categorias, será analisado o conteúdo das respostas. Por se tratar de um análise de conteúdo temática, tomaremos em consideração os princípios preconizados por Bardin (2004), para a categorização dos elementos constitutivos das respostas, nomeadamente a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objectividade e a fidelidade.

A unidade de registo é para Bardin a *unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial* (2004, p. 104). Esta noção é largamente utilizada em análise temática. Refere o autor que *fazer uma análise temática consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença ou*

*frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido (1977, p. 105).*

*Determinaremos também as unidades de contexto que, segundo o mesmo autor, servem de unidades de compreensão para codificar a unidade de registo e correspondem ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo (1977, p. 107).*

No presente estudo para a análise da significação atribuída pelos enfermeiros à Enfermagem de Família serão seleccionadas três unidades de contexto concordantes com a definição de Wright e Leahey (1994, p. 2) – *prestação de cuidados de enfermagem à família, cuidados na saúde e na doença e cuidados com ênfase nas respostas da família*. Achamos ainda pertinente, e face a outras unidades de registo encontradas, complementar estas unidades de contexto com outras duas que traduziam percepções da Enfermagem de Família importantes, designadamente, *cuidados ao longo do ciclo vital e cuidados segundo uma metodologia de trabalho*.

No que concerne às questões relacionadas com a identificação de factores facilitadores e dificultadores para uma prática de enfermagem com família serão consideradas quatro unidades de contexto, nomeadamente as características da formação, do enfermeiro, da família e da instituição.

Por fim, proceder-se-á à contagem das unidades de registo do tipo aritmética, a que Ghiglione e Matalon (2001) designam de unidades de enumeração. Tal como Bardin (2004), consideraremos que a frequência com que aparecem as unidades de registo corresponde à importância atribuída às mesmas.

## **2 - ENFERMAGEM COM FAMÍLIAS – PRÁTICA E IMPORTÂNCIA**

Este capítulo pretende descrever e apresentar os resultados obtidos através dos testes estatísticos desenvolvidos para dar resposta às nossas questões de investigação, que passamos a recapitular:

- Qual a percepção dos Enfermeiros sobre a abordagem da Enfermagem com Famílias?
- Que factores sócio demográficos e profissionais influenciam a percepção dos Enfermeiros sobre a Enfermagem com Famílias?
- Qual o significado que os Enfermeiros atribuem à Enfermagem de Família?
- Que factores facilitadores e dificultadores identificam os Enfermeiros para a prática da Enfermagem com Famílias?

As respostas a estas questões serão materializadas evocando os objectivos a que nos propusemos atingir, pelo que, a comunicação dos resultados obtidos atenderá à sequência dos mesmos.

Face ao exposto, iniciaremos pelo primeiro objectivo apontado - **identificar a percepção da prática profissional junto das famílias e a importância que os enfermeiros atribuem a essa mesma prática.**

Para tal, principiaremos pela análise descritiva dos itens das escalas P.P.E.F. e I.A.E.F., que se torna relevante na identificação dos elementos necessários a uma intervenção de enfermagem junto das famílias que são menos assíduos na prática diária dos enfermeiros e aqueles a que a estes profissionais atribuem menor importância para esta mesma prática, como forma de imprimir estratégias que possam colmatar ou minimizar essas lacunas.

Assim, e através da análise das médias encontradas para cada item (tabelas 6 e 7) e no respeitante aos elementos que os enfermeiros percebem com menor aplicabilidade na sua prática diária, distinguem-se a construção do ecomapa (1.27) e do genograma familiar (1.42), seguidos da utilização de instrumentos de avaliação familiar (1.56) e da identificação dos limites existentes entre os subsistemas familiares (1.87). Quanto à importância atribuída, alguns dos elementos com as médias mais baixas

encontradas são coincidentes com os da percepção da prática e dizem respeito à construção do ecomapa (3.23), à identificação dos limites existentes entre os subsistemas familiares (3.25) e das tarefas / funções inerentes a cada etapa do ciclo vital da família (3.29) e ainda à construção do genograma familiar (3.30).

Contrariamente, se considerarmos as enunciações que apresentam uma média mais elevada, na PPEF encontramos a facilitação do acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família (3.13), a utilização das capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados (3.09), a calendarização, em conjunto com a família, das consultas de enfermagem (3.00) e a identificação dos papéis dos elementos da família (2.92). Atendendo à IAEF identificámos, com as médias mais elevadas, a efectuação dos registos de todos os dados obtidos sobre a família (3.67), a utilização das capacidades da família para promover a melhoria dos cuidados (3.64), o apoio à família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados (3.63) e com médias iguais (3.60) a análise da percepção dos membros da família face aos problemas de saúde e a direcção das intervenções de enfermagem aos membros da família saudáveis e aos doentes.

Situando-nos nos valores exequíveis de serem encontrados nas sub-escalas, estes variam entre 48 e 192, sendo que na PPEF encontramos o valor mínimo de 48 e o valor máximo de 184 e na IAEF o valor mínimo de 83 e o máximo de 192. No referente às médias encontradas a PPEF apresenta uma média de 119.33 com uma mediana de 119.50 e a IAEF uma média, mais elevada, de 167.35, com uma mediana de 168.00.

Tabela 6 – Médias e desvios padrão da PPEF

PPEF	Média	Des. Pd.
Item 1	2.38	.707
Item 2	2.08	.684
Item 3	1.56	.668
Item 4	1.42	.606
Item 5	1.27	.521
Item 6	2.95	.842
Item 7	2.10	.857
Item 8	1.87	.751
Item 9	2.61	.693
Item 10	2.61	.709
Item 11	2.58	.739
Item 12	2.91	.755
Item 13	2.35	.765
Item 14	2.62	.875
Item 15	2.23	.742
Item 16	2.37	.712
Item 17	2.72	.780
Item 18	2.92	.739
Item 19	2.81	.689
Item 20	2.56	.672

(continua)

Tabela 7 – Médias e desvios padrão da IAEF

IAEF	Média	Des. Pd.
Item 1	3.50	.566
Item 2	3.49	.547
Item 3	3.35	.555
Item 4	3.30	.570
Item 5	3.23	.600
Item 6	3.61	.531
Item 7	3.34	.564
Item 8	3.25	.567
Item 9	3.59	.508
Item 10	3.56	.533
Item 11	3.54	.535
Item 12	3.55	.540
Item 13	3.44	.564
Item 14	3.48	.542
Item 15	3.29	.522
Item 16	3.33	.550
Item 17	3.40	.548
Item 18	3.54	.520
Item 19	3.48	.537
Item 20	3.39	.551

(continua)

Item 21	2.87	.699	Item 21	3.60	.506
Item 22	2.84	.696	Item 22	3.57	.517
Item 23	2.59	.756	Item 23	3.51	.511
Item 24	2.74	.663	Item 24	3.53	.516
Item 25	2.77	.688	Item 25	3.55	.514
Item 26	2.77	.655	Item 26	3.58	.494
Item 27	2.70	.854	Item 27	3.67	.476
Item 28	2.12	.791	Item 28	3.41	.544
Item 39	2.36	.726	Item 39	3.50	.522
Item 30	2.51	.803	Item 30	3.55	.520
Item 31	2.46	.731	Item 31	3.49	.516
Item 32	2.34	.752	Item 32	3.48	.521
Item 33	2.40	.750	Item 33	3.51	.516
Item 34	3.00	.884	Item 34	3.58	.511
Item 35	2.82	.743	Item 35	3.63	.504
Item 36	2.68	.714	Item 36	3.41	.534
Item 37	2.79	.831	Item 37	3.60	.518
Item 38	2.88	.781	Item 38	3.55	.554
Item 39	2.80	.730	Item 39	3.43	.548
Item 40	3.13	.717	Item 40	3.59	.497
Item 41	3.09	.704	Item 41	3.64	.491
Item 42	2.01	.789	Item 42	3.53	.526
Item 43	2.43	.754	Item 43	3.51	.527
Item 44	2.59	.770	Item 44	3.51	.516
Item 45	2.23	.766	Item 45	3.45	.530
Item 46	2.09	.767	Item 46	3.51	.532
Item 47	2.25	.707	Item 47	3.37	.551
Item 48	2.20	.782	Item 48	3.40	.533

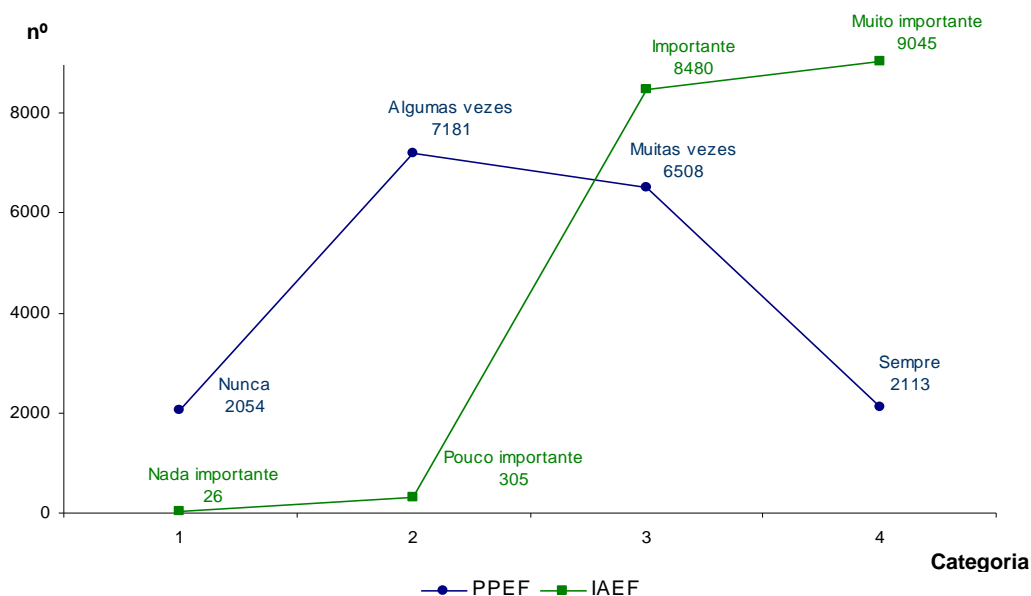
Características métricas da PPEF e da IAEF

	PPEF	IAEF
Média	119.33	167.35
Moda	126	192
Mediana	119.50	168.00
Desvio Padrão	21.53	17.79
Mínimo	48	83
Máximo	184	192

Porém, e segundo Pestana e Gageiro (p.520), as médias de escalas de avaliação, ou seja, de variáveis ordinais tratadas como quantitativas, apenas nos fornecem a localização das distribuições dos vários itens, pelo que devem ser complementadas pelas tabelas de frequência para cada item e pela tabela de frequências conjunta, para o agregado dos itens.

Deste modo, e pela análise destas tabelas apresentadas no Anexo X, podemos apreender que na percepção da prática a categoria que apresenta representatividade para os 48 itens é a de algumas vezes ( $n=7181$ ,  $\bar{x}=40.2$ ), enquanto que na importância atribuída a categoria que se destaca é a de muito importante ( $n=9045$ ,  $\bar{x}=50.7$ ). Esta situação é facilmente visível no gráfico que se segue.

Gráfico 2 – Respostas alternativas à PPEF e à IAEF



Ainda na análise dos resultados obtidos nas sub-escalas recorreremos ao método dos grupos extremos revisto. Este processo, aplicado às variáveis contínuas, pretende agrupar casos em dois grupos extremos de valores da variável, limitados por dois valores, designados por *cut-off values*, considerando ainda o grupo intermédio. Desta forma surgem três intervalos mutuamente exclusivos, nomeadamente um com os valores mais baixos, outro com os valores mais elevados e um terceiro com os valores intermédios. Este procedimento torna-se relevante no relacionamento de variáveis que pertençam ao mesmo conceito, mas que apresentam escalas com opções de resposta diferentes.

Pestana e Gageiro (2005), sugerem dois processos distintos para o cálculo destes valores, cuja opção é determinada pelas características dos dados, designadamente da assimetria e da presença de *outliers*. Assim consideram uma opção para distribuições aproximadamente simétricas e sem *outliers* (valor médio  $\pm 0.25$  \* desvio padrão) e outra para distribuições claramente assimétricas ou sempre que existam *outliers* (mediana  $\pm 0.25$  \*amplitude inter-quartil).

No presente estudo, e face às análises dos dados anteriormente efectuadas e apresentadas, optámos pela segunda conjectura.

Face aos valores extremos da PPEF encontrados (112.5 e 126.5), e ao número de respondentes esperado para uma igual distribuição entre os grupos (124), podemos perceber, pela análise da tabela 8 e pelo teste do Qui-Quadrado, que a proporção dos respondentes não é igual nos três conjuntos, diferindo, significativamente ( $p < .05$ ), as

frequências encontradas nos três grupos do valor esperado para cada um, encontrando-se a maior parte dos sujeitos no grupo extremo inferior (38.4%), seguido do grupo extremo superior (36.6%).

Idênticos resultados foram obtidos para a IAEF (tabela 8), que apresenta os valores extremos de 160 e 176, colocando-se, de igual modo a maior parte dos sujeitos no grupo extremo inferior (38.7) seguido do grupo extremo superior (36.3%).

Tabela 8 – Grupos extremos da PPEF e da IAEF

Sub-escala	Grupos extremos	nº	%	nº esperado	Residual
PPEF	Grupo extremo inferior (≤ 112.5)	143	38.4	124	19.0
	Grupo intermédio (> 112.5 e < 126.5)	93	25.0	124	-31.0
	Grupo extremo superior (≥ 126.5)	136	36.6	124	12.0
	Total	372	100.0	-	-
IAEF	Grupo extremo inferior (≤ 160)	144	38.7	124	20.0
	Grupo intermédio (> 160 e < 176)	93	25.0	124	-31.0
	Grupo extremo superior (≥ 176)	135	36.3	124	11.0
	Total	372	100.0	-	-

Quadro 20 – Teste à igualdade de proporções nos grupos extremos para a PPEF e a IAEF

Sub-escala	Qui-Quadrado
PPEF (n = 372)	$\chi^2_{(2)} = 11.823; p = .003^*$
IAEF (n = 372)	$\chi^2_{(2)} = 11.952; p = .003^*$

\*  $p < .05$

Com o propósito de alcançar o segundo objectivo a que nos propusemos com o desenvolvimento deste estudo, ou seja, **comparar a percepção da prática profissional junto das famílias e a importância que lhe atribuem**, verificamos se havia associação entre as duas sub-escalas, através do coeficiente de correlação Ró de *Spearman*.

Deste modo, e pela observação do quadro 21, podemos perceber que a correlação entre a PPEF e a IAEF é estatisticamente significativa ( $r_s = .138; p = .008$ ), evoluindo no mesmo sentido.

Quadro 21 – Correlação entre a PPEF e a IAEF

Variáveis	Ró de <i>Spearman</i>
PPEF e IAEF (n = 372)	$r_s = .138; p = .008^*$

\*  $p < .05$

A fim de **relacionar as características sócio demográficas e sócio profissionais dos enfermeiros com a percepção da prática profissional desenvolvida junto das famílias e a importância que atribuem a essa mesma prática**, correspondente ao nosso terceiro objectivo, passamos a apresentar a análise da associação entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes.

No que diz respeito à idade e ao tempo de exercício nos Cuidados de Saúde Primários, através dos Coeficientes de correlação de Ró de *Spearman*, podemos observar, pelo 22, que não existe correlação significativa entre estas variáveis e as duas sub-escalas.

Quadro 22 – Correlações das sub-escalas com a idade e o tempo de exercício nos CSP

Variáveis		Ró de <i>Spearman</i>
PPEF	Idade (n = 372)	$r_s = .041; p = .426$
IAEF		$r_s = .055; p = .290$
PPEF	Tempo de exercício nos CSP (n = 372)	$r_s = .061; p = .242$
IAEF		$r_s = .055; p = .290$

Reportando-nos ao quadro 23, e recorrendo ao teste U de *Mann-Whitney*, podemos verificar que na variável sexo, embora encontremos médias de ordem mais elevadas no sexo feminino quer para a prática, quer para a importância, não existe uma diferença significativa nas duas sub-escalas.

Já no que respeita às habilitações académicas e à categoria profissional, encontramos uma diferença significativa na Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias ( $z = -4.093, p < .001; z = -3.980, p < .001$ ), sendo que os enfermeiros com licenciatura e mestrado ( $\bar{x}_{ord} = 198.43$ ) e os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores ( $\bar{x}_{ord} = 225.74$ ) atribuem maior importância a uma Enfermagem com Famílias.

Quadro 23 – Diferenças entre as sub-escalas e o sexo, habilitações académicas e categoria profissional

	Sexo	$\bar{x}_{ord}$	$Md$	U de Mann - Whitney
PPEF	Masculino (n = 36)	170.31	120.00	$z = -.951; p = .342$
	Feminino (n = 336)	188.24	114.50	
IAEF	Masculino (n = 36)	170.08	161.50	$z = -.612; p = .540$
	Feminino (n = 336)	187.62	168.00	
	Habilitações académicas	$\bar{x}_{ord}$	$Md$	U de Mann - Whitney
PPEF	Bacharelato (n = 80)	190.91	119.50	$z = -.414; p = .679$
	Licenciatura e Mestrado (n = 292)	185.29	119.50	
IAEF	Bacharelato (n = 80)	142.94	156.50	$z = -4.093; p < .001^{***}$
	Licenciatura e Mestrado (n = 292)	198.43	170.00	
	Categoria profissional	$\bar{x}_{ord}$	$Md$	U de Mann - Whitney
PPEF	Enfermeiros e Enfermeiros graduados (n = 282)	190.64	121.00	$z = -1.315; p = .188$
	Enfermeiros especialistas, chefes e supervisores (n = 90)	173.52	113.00	
IAEF	Enfermeiros e Enfermeiros graduados (n = 282)	173.98	165.00	$z = -3.980; p < .001^{***}$
	Enfermeiros especialistas, chefes e supervisores (n = 90)	225.74	178.00	

\*\*\* p < .001

Na variável formação académica com conteúdos sobre família, podemos concluir que o tipo de formação tem um efeito estatisticamente significativo na PPEF e na IAEF. As comparações *post hoc* mostram que estas diferenças são consequência dos sujeitos que usufruíram deste tipo de formação nas duas abordagens: dispersa e como unidade curricular, onde as médias de ordem são superiores ( $\bar{x}_{ord}$  PPEF = 119.16;  $\bar{x}_{ord}$  IAEF = 198.78).

Quadro 24 - Diferença entre a PPEF e a IAEF e a formação académica sobre família

Escala	Formação académica sobre família	$\bar{x}_{ord}$	$Md$	Kruskal Wallis
PPEF	Nenhuma (n = 29)	152.95	114.00	$\chi^2 = 9.781; p = .021^*$
	Dispersa (n = 63)	160.05	113.00	
	Curricular (n = 57)	183.28	117.00	
	Dispersa e Curricular (n = 223)	199.16	123.00	
IAEF	Nenhuma (n = 29)	148.31	158.00	$\chi^2 = 10.622; p = .014^*$
	Dispersa (N = 63)	159.31	161.00	
	Curricular (n = 57)	187.94	167.00	
	Dispersa e Curricular (n = 223)	198.78	170.00	

\*  $p < 0.5$

Escala		Nenhuma	Dispersa	Curricular	Dispersa e Curricular
PPEF	Nenhuma	-	.139	.231	< .001 <sup>***</sup>
	Dispersa	-	-	.748	< .001 <sup>***</sup>
	Curricular	-	-	-	< .001 <sup>***</sup>
IAEF	Nenhuma	-	.139	.230	< .001 <sup>***</sup>
	Dispersa	-	-	.748	< .001 <sup>***</sup>
	Curricular	-	-	-	< .001 <sup>***</sup>

\*\*\*  $p < .001$

Face ao quarto objectivo deste estudo, ou seja, a **identificação da concepção de Enfermagem de Família que os enfermeiros possuem**, baseámo-nos na definição de Wright e Leahey (1994, p.2), formando unidades de contexto concordantes com a mesma, integrando, no entanto, outras que descrevessem a concepção da Enfermagem com Famílias para estes enfermeiros.

Das 346 respostas auferidas (93.0%), anulamos 18 (5.2%), uma vez que não representavam qualquer conceito de Enfermagem de Família. Temos como exemplo as seguintes respostas: *construir a mais pequena democracia no coração da sociedade, é o que se pretende e é o futuro da enfermagem*.

Sendo assim, após a análise das restantes 328 respostas (vede quadro 25), surge a unidade de contexto **prestação de cuidados de enfermagem à família**, com o maior número de unidades de enumeração, 262, onde a unidade de registo são os *cuidados de enfermagem à família* obteve 118 unidades de enumeração.

Na unidade de contexto **cuidados na saúde e na doença**, com 161 unidades de enumeração, as unidades de registo que auferiram de um maior número de unidades de enumeração foram *aos elementos da família saudáveis e doentes* (52) seguida da

unidade de registo *promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação*, (44).

Os **cuidados com ênfase nas respostas da família** apresentaram 32 unidades de enumeração, sendo que 20 corresponderam à unidade de registo *atendendo aos processos de adaptação da família*.

De fazer menção que apenas 24 sujeitos associaram, na sua definição de Enfermagem de Família, estas três unidades de contexto.

Com 38 unidades de enumeração surge a unidade de contexto de **cuidados prestados ao longo do ciclo vital**, com as unidades de registo *ao longo do ciclo vital dos membros da família*, *ao longo do ciclo vital da família* e *ao longo do desenvolvimento familiar*, com unidades de enumeração de 15,13 e 10, respectivamente.

De fazer referência que um grande número de enfermeiros (75) refere-se à Enfermagem de Família como **cuidados segundo uma metodologia de trabalho**. As unidades de registo e respectivas unidades de enumeração encontradas foram *enfermeiro responsável por um certo número de famílias*, com 40 unidades de enumeração; *a família recebe cuidados sempre do mesmo enfermeiro*, com 25 e o *enfermeiro responsável por todos os membros da família*, com 10.

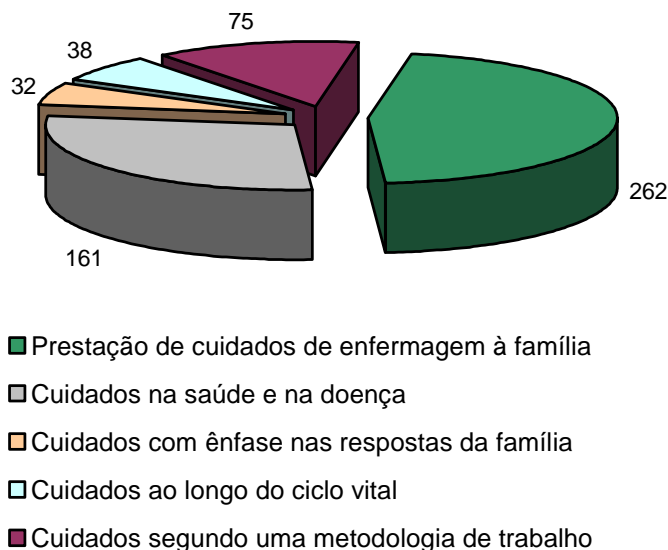
De referir ainda que alguns enfermeiros, na sua definição de Enfermagem de Família particularizaram o tipo de abordagem que conceituavam. Assim, 86 enfermeiros especificaram a abordagem de família como **contexto**, apresentando registos do tipo *implica a inclusão da família no cuidar do utente* (45), *vê o indivíduo inserido seu meio familiar* (30) e *olha o indivíduo como parte integrante de uma família* (11). A família como **sistema** também foi aludida por 21 sujeitos, mencionando a *família é mais do que a soma dos seus membros* (15) e *atender às relações / interacções entre os membros da família* (6).

Para melhor visualização, apresentamos estes dados no quadro e no gráfico que se seguem.

Quadro 25 – Significação da Enfermagem de Família

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração
Prestação de cuidados de enfermagem à família	São os cuidados de enfermagem à família	118
	É a prática de enfermagem desenvolvida junto das famílias	95
	Proporcionar cuidados de enfermagem à família	30
	Actividades desempenhadas pelos enfermeiros junto das famílias	19
Total		262
Cuidados na saúde e na doença	Prestação de cuidados aos elementos da família saudáveis e doentes	52
	Promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação	44
	Cuidados gerais	35
	Problemas reais ou potenciais	15
	Ao longo do percurso de saúde / doença	8
	Cuidados prestados à família em todos os seus processos de vida	7
Total		161
Cuidados com ênfase nas respostas da família	Atendendo aos processos de adaptação da família	20
	Atendendo à forma como lidam com as suas forças e problemas	7
	Com realce nas soluções da família diante de problemas de saúde	5
Total		32
Cuidados ao longo do ciclo vital	Ao longo do ciclo vital dos membros da família	15
	Ao longo do ciclo vital da família	13
	Ao longo do desenvolvimento familiar	10
Total		38
Cuidados segundo uma metodologia de trabalho	Enfermeiro responsável por um certo número de famílias	40
	A família recebe cuidados sempre do mesmo enfermeiro	25
	Enfermeiro responsável por todos os membros da família	10
Total		75

Gráfico 3 - Conceptualização da Enfermagem de Família



Diante do último objectivo alvitrado para este estudo, **identificar os factores reconhecidos pelos enfermeiros como dificultadores e facilitadores de uma prática de enfermagem com as famílias**, foi solicitado aos sujeitos que referissem três factores

para cada uma das situações, tendo sido efectuada a análise temática de conteúdo das respostas obtidas, pela agregação dos factores identificados em quatro unidades de contexto, nomeadamente, os referentes às características da formação, características do enfermeiro, características da família e características da instituição.

Nos factores dificultadores (atalhe quadro 26) obtivemos 946 unidades de enumeração, o correspondente a uma média de 2,54 respostas por sujeito.

A unidade de contexto que obteve maior número de unidades de enumeração (643) foi a das **características da instituição**, onde se destaca a unidade de registo de *recursos humanos insuficientes* (299), onde se incluiu a falta de tempo que foi referenciada por 88 sujeitos, seguida do *método de trabalho dos enfermeiros* (155).

Posteriormente, predomina a unidade de contexto referente às **características da formação**, com um total de 165 unidades de enumeração, onde a *formação insuficiente no âmbito da família* apresenta 129 unidades de enumeração.

Seguem-se as unidades de contexto **características da família**, com 90 unidades de enumeração e com a unidade de registo *dificuldade de aceitação à abordagem do enfermeiro à família*, a encabeçá-la com 55 unidades de enumeração.

Finalmente, nas **características do enfermeiro**, com 48 unidades de enumeração, salienta-se a *falta de motivação pessoal*, com 25 unidades de enumeração.

Quadro 26 - Factores dificultadores de uma Enfermagem com Famílias

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração
<b>Características da formação</b>	Formação insuficiente no âmbito da família	129
	Formação baseada no paradigma individual	26
	Formação com maior valorização da cura versus a promoção	10
Total		<b>165</b>
<b>Características do enfermeiro</b>	Falta de motivação pessoal	25
	Resistência à mudança	20
	Não confiança no enfermeiro	3
Total		<b>48</b>
<b>Características da família</b>	Dificuldade de aceitação à abordagem do enfermeiro à família	55
	Não colaboração de alguns elementos da família	19
	Tipologia das famílias	16
Total		<b>90</b>
<b>Características da Instituição</b>	Recursos humanos insuficientes	299
	Recursos materiais inadequados	80
	Método de trabalho dos enfermeiros	155
	Resistência de outros profissionais	3
	Horário de funcionamento inadequado	34
	Inexistência do trabalho em equipa	28
	Inexistência de modelos e instrumentos de avaliação	16
	Diagnósticos de enfermagem mais centrados na doença / indivíduo	23
Falta de estímulo das chefias / hierarquias	5	
Total		<b>643</b>

Ainda integrado no mesmo objectivo a que nos propusemos, e relativamente aos factores identificados como facilitadores de uma prática de enfermagem com as famílias, conforme quadro seguinte, obtivemos 826 unidades de enumeração, o que se traduz numa média de respostas por sujeito de 2,22.

Os resultados obtidos são idênticos aos encontrados nos factores dificultadores, alterando-se apenas a posição entre as duas últimas unidades de contexto (características do enfermeiro e características da família), permanecendo as unidades de registo afins encontradas nos factores dificultadores.

Deste modo, as **características da instituição** encabeçam o total de unidades de enumeração (556), apresentando as seguintes unidades de registo com maiores unidades de enumeração: *recursos humanos suficientes* – 167, e *método de trabalho dos enfermeiros por enfermeiro de família* – 144.

As **características da formação** surgem em segunda posição com um total de unidades de enumeração de 138, onde se destaca a unidade de registo *formação na área da família*, com 130 unidades de enumeração.

Nas **características do enfermeiro**, com 82 unidades de enumeração, a unidade de registo que se distingue é *motivação para a intervenção na família* com 43 unidades de enumeração.

Por fim surge a unidade de contexto **características da família** com 50 unidades de enumeração, em que a unidade de registo mais enunciada foi *famílias receptivas*, com 27 unidades de enumeração.

Quadro 27 - Factores facilitadores de uma Enfermagem com Famílias

Unidades de contexto	Unidades de registo	Unidades de enumeração
<b>Características da Formação</b>	Formação na área da família	130
	Existência de especialistas	8
Total		<b>138</b>
<b>Características do Enfermeiro</b>	Motivação para a intervenção na família	43
	Visão holística dos cuidados de enfermagem	20
	Crença na importância da família nos assuntos de saúde	10
	Receptividade à mudança	9
Total		<b>82</b>
<b>Características da Família</b>	Famílias receptivas	27
	Confiança das famílias no enfermeiro	20
	Tipologia das famílias	3
Total		<b>50</b>
<b>Características da Instituição</b>	Recursos humanos suficientes	167
	Recursos materiais adequados	40
	Existência de modelos e instrumentos de avaliação	23
	Flexibilidade de horário	15
	Método de trabalho dos enfermeiros por enfermeiro de família	144
	Efectividade do trabalho em equipa	44
	Consultas de enfermagem no domicílio	35
	Inclusão no processo de planos de cuidados à família	22
	Existência de um manual de boas práticas de intervenção na família	15
	Gestão motivada para esta prática	13
	Sistema de registos orientados para a família	32
População esclarecida	6	
Total		<b>556</b>

Em forma de sinopse, podemos aludir, que a população amostral deste estudo, atribuí níveis mais elevados à importância de uma Enfermagem com Famílias comparativamente aos níveis da aplicabilidade na prática desta mesma abordagem em enfermagem, sendo que a níveis mais elevados numa das dimensões correspondem níveis mais elevados na outra dimensão.

Por outro lado, a importância atribuída à enfermagem com famílias é influenciada pelas características sócio profissionais, directa ou indirectamente, relacionadas com a formação, nomeadamente, os enfermeiros com licenciatura e mestrado; os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores (que obrigam a um nível de formação mais elevado) e os enfermeiros que tiveram formação sobre família dispersa e como unidade curricular na sua formação académica, percebem maior importância da Enfermagem com Famílias. De mencionar que estes últimos, com formação sobre família dispersa e como unidade curricular na sua formação académica, também percebem níveis de prática mais elevados relativamente aos enfermeiros que não tiveram qualquer formação nesta temática, ou que só a tiveram de forma dispersa ou como unidade curricular na sua formação académica.

Na compreensão que os sujeitos da amostra têm da Enfermagem de Família podemos detectar que a maioria dos sujeitos compreendem-na como sendo a *prestação de cuidados de enfermagem à família*, e que cerca de metade percebem-na como *cuidados na saúde e na doença*, havendo ainda 75 unidades de enumeração que aludem à Enfermagem com Famílias como *uma metodologia de trabalho*.

Por fim, a população amostral em estudo aponta as características da instituição, seguidas das da formação, como principais factores facilitadores e dificultadores de uma prática de Enfermagem com Famílias.

### **3. CONCLUSÕES**

Sendo uma das nossas intenções, nesta etapa do trabalho, concluirmos com uma síntese dos aspectos abordados ao longo do mesmo que consideramos mais significativos para a sua compreensão, julgamos que será mais relevante iniciá-la, não com uma definição de família, mas sim, com a sua concepção actual nas ciências sociais.

Esta opção baseou-se nos variados conceitos de família que subsistem, concordantes com a perspectiva das diversas áreas científicas que a estudam e com as alterações que estas têm sofrido, na sua estrutura e organização, ao longo dos tempos, resultantes das alterações sócio culturais que se vão sucedendo.

Sendo assim, a família é actualmente perspectivada como um sistema, composto por vários subsistemas e integrado num sistema mais vasto, em que as interacções, internas e externas, promotoras de constantes trocas materiais, energéticas e de informação, lhe conferem alguma complexidade, mas, principalmente, concedem-lhe identidade e tornam-se essenciais na sua compreensão.

Ao abordarmos a saúde da família podemos perceber que a sua significação é complexa, face às variadas dimensões que deverão ser atendidas, à necessidade de integrar a família no seu contexto sócio cultural e às várias perspectivas teóricas que poderão fundamentá-la. Podemos, no entanto, afirmar que a Enfermagem assume uma visão sistémica e tende a perspectivá-la através da caracterização das famílias saudáveis.

Considerando que a saúde da família contribui para indivíduos e sociedades mais saudáveis, torna-se imperioso o desenvolvimento de uma prática diária de enfermagem junto destas unidades, aos três níveis de promoção – primária, secundária e terciária. Este imperativo baseia-se nos princípios de que o indivíduo apreende os comportamentos saudáveis e de risco no contexto familiar; um problema de saúde em um dos seus membros afecta toda a família; a família influencia a saúde dos seus membros e que a eficácia dos cuidados de saúde é maior quando a ênfase é colocada na família (Hanson, 2005).

Estas constatações obrigam a que o enfermeiro adquira e/ou desenvolva competências em várias áreas do saber para abordar as famílias, fundamentadas numa sensibilização e motivação para uma prática diária que valorize esta unidade nos processos de saúde/doença.

A enfermagem de família pode ser então percebida como os cuidados de enfermagem prestados à família, ao longo do ciclo vital, no *continuu* de saúde/doença, atendendo aos seus projectos de saúde, necessidades e competências, em que o enfermeiro assume o papel de educador, conselheiro, consultor, coordenador, investigador, modelo, entre outros.

Vários acontecimentos têm contribuído para que o retorno das famílias à centralidade dos cuidados de enfermagem seja cada vez mais real e efectuado como um conjunto de saberes. Destacam-se, para além das alterações demográficas e sociais, o desenvolvimento do ensino de enfermagem, a sua profissionalização, o desenvolvimento da investigação e teorias de enfermagem, a evolução do conceito de promoção da saúde, o movimento de organizações nacionais e internacionais e a evolução de outras ciências, particularmente da ciência social familiar.

Outros factores têm sido apontados como obstáculos a esta abordagem, nomeadamente a escassez de teorias e modelos conceptuais, específicos da família, que orientem a abordagem de enfermagem. No entanto, o interesse nestes domínios tem aumentado e vão surgindo adaptações de algumas teorias, que expandem a sua noção de cliente para a família, e de alguns modelos característicos destas unidades.

Exemplo destes é o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar, desenvolvido por Wright e Leahey, que se baseia no pós-modernismo, nas teorias dos sistemas, da cibernética, da comunicação, da mudança e na biologia da cognição. As autoras deste modelo propõem a avaliação das dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família, concordantemente com o momento da avaliação e com a situação específica daquela família. Sugerem ainda o genograma e o ecomapa como instrumentos básicos na avaliação estrutural interna e externa.

Ao nível da intervenção indicam que esta tem como objectivo o funcionamento familiar nos domínios cognitivo, afectivo e comportamental, sendo que a operação da mudança num destes domínios tem repercussões em todos os outros.

Este modelo assume-se então como uma peça fundamental na implementação do processo de enfermagem à família, cuja complexidade é acrescida face à diversidade de elementos e de interações que se estabelecem no seio familiar e com o ambiente em que encontram inseridas.

Associados ao processo surgem os registos de enfermagem, cujas dificuldades assentam no grande número de dados a registar, na insuficiência de uma nomenclatura característica da abordagem às famílias e na problemática associada aos registos electrónicos, que ainda não apresentam uma estrutura que possibilite o registo de alguns dados elementares específicos da família, de onde se destacam o genograma e o ecomapa, entre outros.

Finalmente, na contextualização teórica, abordamos o percurso dos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal e na Região Autónoma da Madeira, como contexto que melhor se enquadra para a formação e actuação do Enfermeiro de Família. Constatou-se que, muito embora já houvessem movimentos anteriores, só na década de setenta se efectivaram reformas na área da saúde que valorizam a intervenção próxima das comunidades na promoção da saúde e na prevenção da doença. Reflexo destas alterações, é por exemplo, a identificação de três linhagens de Centros de Saúde na nossa história – Centros de Saúde de Primeira, Segunda e Terceira Geração, que se distinguem pela sua estrutura, orgânica e funcionamento, onde cada vez mais se assume a importância da intervenção dos profissionais de saúde nos núcleos familiares.

Contudo, embora nos últimos tempos se tenha verificado todo este desenvolvimento na importância e no interesse teórico em torno da Enfermagem de Família, parece que ainda sobrevém alguma discrepância entre esta teoria e a prática diária implementada por estes profissionais.

Perante esta ideia, julgámos pertinente desenvolver um estudo descritivo e exploratório acerca da percepção dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários a exercer funções nos Centros de Saúde da RAM sobre a prática e a importância atribuída a uma Enfermagem com Famílias, tendo como perguntas de partida:

- Qual a percepção dos Enfermeiros sobre a abordagem da Enfermagem com Famílias?
- Que factores sócio demográficos e profissionais influenciam a percepção dos Enfermeiros sobre a Enfermagem com Famílias?
- Qual o significado que os Enfermeiros atribuem à Enfermagem de Família?
- Que factores facilitadores e dificultadores identificam os Enfermeiros para a prática da Enfermagem com Famílias?

Como objectivos específicos pretendeu-se:

- Identificar a percepção da prática profissional junto das famílias e a importância que os enfermeiros atribuem a essa mesma prática;
- Comparar a percepção da prática profissional junto das famílias e a importância que lhe atribuem;
- Relacionar as características sócio demográficas e sócio profissionais dos enfermeiros com a percepção da prática profissional desenvolvida junto das famílias e a importância que atribuem a essa mesma prática;
- Identificar a concepção de Enfermagem de Família que os enfermeiros possuem;

- Identificar factores que os enfermeiros consideram dificultadores e facilitadores de uma prática profissional junto das famílias.

Para dar resposta às questões e objectivos alvitados, criámos uma escala baseada no *Family-Centered Care Questionnaire* (FCCQ) e em proposições assumidas por vários autores como essenciais a uma abordagem de enfermagem à família, que designamos de Percepção dos Enfermeiros da Enfermagem com Famílias (PEEF).

Concluiu-se que o instrumento de colheita de dados apresentado neste estudo, para além da facilidade que apresenta na sua administração, é suficientemente específico para identificar áreas que necessitam de reformulação, ou mesmo, implementação de novas estratégias, na concretização de uma intervenção de enfermagem nas famílias.

A validade de conteúdo do instrumento foi estabelecida por um painel de nove juízes. A validade factorial encontrada apoia a validade de *constructo* do instrumento.

Através da análise factorial exploratória, segundo o método das componentes principais (KMO – 0.93), com rotação ortogonal (*varimax*), resultou uma escala com noventa e seis (96) itens agrupados em dois factores, bem definidos e independentes entre si, que se traduzem na Importância Atribuída à Enfermagem com Famílias (IAEF), com quarenta e oito (48) itens e na Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias (PPEF), com o mesmo número de itens.

Os coeficientes de consistência interna para cada um dos factores indicam que as sub-escalas são internamente homogéneas e revelam uma forte consistência interna entre os itens que a compõem. Os coeficientes de alfa de *Cronbach*, calculados para os dois factores, atingiram valores muito satisfatórios (PPEF = .963, IAEF = .979).

A estabilidade temporal das duas sub-escalas, obtida pela correlações de Ró de *Spearman*, é significativa ( $p < .001$ ), apresentando um valor de .669 na PPEF e de .626 na IAEF.

A população do presente estudo é constituída por 372 sujeitos, na sua maioria do sexo feminino (90.3%). Apresenta médias de 36.72 anos de idade, de 11.36 anos de exercício profissional nos C.S.P. e de 7.26 anos na categoria profissional actual. A maioria dos enfermeiros encontra-se na categoria profissional de graduado (53.0%), possui licenciatura (76.6%) e encontra-se na prestação directa de cuidados (84.4%). Dos enfermeiros com formação especializada (24.2%), a maior representatividade está nos que possuem o curso de especialização em enfermagem comunitária (32.2%). O Concelho com maior expressividade onde os enfermeiros desempenham funções é o do Funchal (33.3%).

Dos enfermeiros inquiridos 53.0% recebeu formação académica sobre família de forma dispersa e 45.7% como unidade curricular, no curso de enfermagem, sendo que 7.8% referiram não ter auferido de qualquer conteúdo sobre esta temática.

Neste estudo, e referindo-nos à nossa primeira questão (*qual a percepção dos Enfermeiros sobre a abordagem da Enfermagem com Famílias?*), verificou-se que os enfermeiros a exercer funções nos CSP da RAM reconhecem a importância dos elementos apresentados para o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem com Famílias, colocando-se maioritariamente na categoria muito importante ( $n=9045$ ,  $\bar{x}=50.7$ ). Porém, no referente à Percepção da Prática da Enfermagem com Famílias, identificam-na, principalmente, na posição de algumas vezes ( $n=7181$ ,  $\bar{x}=40.2$ ), indicativo de que esses elementos não são colocados em prática de forma consistente.

Estes resultados são concordantes com os que Bruce e Ritchie (1997) encontraram, num estudo efectuado junto a cento e vinte e quatro enfermeiros que prestavam cuidados a crianças com doença crónica, em que as suas práticas diárias centradas na família destes profissionais não eram coincidentes com a importância que os mesmos lhes atribuíam, sendo que, as médias encontradas na importância eram superiores à da prática.

Este aspecto poderá ser indicativo de que, tal como nos refere Friedman (1989), embora tenha havido, nos últimos tempos, um progresso significativo no paradigma da Enfermagem de Família, ainda existe uma lacuna entre a teoria e a prática.

Aferiu-se ainda, e após recorrer à análise dos grupos extremos revisto, a existência de diferença significativa nas duas sub-escalas (PPEF:  $\chi^2=11.823$ ; IAEF:  $\chi^2=11.952$ ;  $p = .003$ ) nas frequências encontradas entre os três grupos identificados, situando-se, quer na PPEF quer na IAEF, a maior parte dos casos, no grupo extremo inferior, com valores muito próximos do grupo extremo superior.

Observou-se também, através do coeficiente de correlação Ró de Spearman, que as duas sub-escalas evoluem no mesmo sentido e apresentam uma correlação significativa ( $r_s = .138$ ;  $p = .008$ ).

Localizando-nos na nossa segunda questão (*Que factores sócio demográficos e profissionais influenciam a percepção dos Enfermeiros sobre a Enfermagem com Famílias?*), encontrámos uma diferença significativa entre as médias de ordem dos enfermeiros especialistas, chefes e supervisores e os enfermeiros e enfermeiros graduados na sub-escala IAEF ( $z = -3.980$ ;  $p < .001$ ). Ou seja os enfermeiros especialistas e gestores identificam uma maior importância aos elementos apresentados

para uma efectiva Enfermagem com Famílias do que os enfermeiros e enfermeiros graduados.

Bruce e Ritchie, no seu estudo, concluíram existir uma diferença significativa na importância atribuída aos elementos necessários para os cuidados centrados na família, dos enfermeiros gestores e formadores, relativamente aos enfermeiros prestadores de cuidados, sendo que os primeiros atribuíam maior importância do que os segundos. Podemos considerar que os resultados obtidos no nosso estudo são semelhantes, na medida em que, os enfermeiros especialistas, chefes e supervisores, tal como no estudo referido, atribuíram maior importância aos elementos apresentados para a enfermagem com família. De lembrar que os enfermeiros especialistas, segundo o Decreto-lei nº 437/91, são os responsáveis pela formação em serviço do pessoal de enfermagem.

Do mesmo modo, nas habilitações académicas, encontrou-se diferença significativa na IAEF, onde, os enfermeiros com licenciatura e mestrado atribuem maior importância aos factores apresentados para a Enfermagem com Famílias, relativamente aos enfermeiros que possuem bacharelato ( $z = -4.093$ ;  $p < .001$ ).

No que concerne à formação académica com conteúdos sobre a família concluímos que existe diferença significativa, nas duas sub-escalas (PPEF:  $\chi^2 = 9.781$ ,  $p = .021$ ; IAEF:  $\chi^2 = 10.622$ ;  $p = .014$ ), entre os enfermeiros que obtiveram esta formação de forma dispersa e como unidade curricular e os que não obtiveram qualquer formação nesta área ou, que só usufruíram da mesma, de forma dispersa ou curricular.

Parece então que a variável formação adquire significado na forma como os sujeitos percebem a Enfermagem de Família.

Estes resultados são coincidentes com o que alguns autores (Ângelo, Bomar, Wright & Leahey, ICN) defendem em relação à formação na área da família e da Enfermagem de Família, como podendo ser um agente instigador de uma prática de Enfermagem com Famílias, fazendo mesmo a diversidade entre os diferentes níveis de intervenção junto das mesmas.

No entanto, importa lembrar que esses mesmos autores consideram que a formação, por si só, poderá não ser suficiente para a efectivação de uma intervenção de enfermagem na família, o que na verdade se confirma nos resultados obtidos em relação à variável habilitações académicas que influencia significativamente a importância atribuída à Enfermagem com Famílias, mas não influencia significativamente a prática que estes profissionais desenvolvem.

Wright e Leahey são mais peremptórias ao defenderem que o factor mais importante é a forma como os enfermeiros percebem a família e os problemas de saúde / doença.

Face à pergunta *qual o significado que os Enfermeiros atribuem à Enfermagem de Família*, das 328 respostas obtidas, apenas 24 sujeitos associaram as três unidades de contexto consequentes da enunciação de Wright e Leahey. Destas, a unidade de contexto com mais unidades de enumeração foi a prestação de cuidados de enfermagem à família (262) seguida da de cuidados na saúde e na doença (161) e dos cuidados com ênfase nas respostas da família (32).

Nas unidades de contexto aglomeradas, cuidados ao longo do ciclo vital e cuidados segundo uma metodologia de trabalho, a primeira obteve 38 unidades de enumeração e a segunda 75.

Ainda desta análise, surgiram 86 enfermeiros que caracterizam a Enfermagem de Família como uma abordagem à família como contexto e 21, à família como sistema.

Face a estes resultados, poder-se-á ponderar sobre a não homogeneidade encontrada na definição de família, no grupo em estudo, tal como variados autores a nomeiam, particularmente Wright e Leahey. Tal, deve-se ao facto de apenas 24 sujeitos integrarem na sua definição todas as vertentes que a compõem e de alguns sujeitos a referenciam como uma metodologia de trabalho ou, ainda, de a especificarem como uma das possíveis abordagens em Enfermagem de Família.

Por fim, e perante a questão que factores facilitadores e dificultadores identificam os Enfermeiros para a prática da Enfermagem com Famílias, os sujeitos em estudo identificaram as características da instituição como sendo o principal factor condicionante de uma intervenção de Enfermagem com Famílias (Dificultadores – 643; Facilitadores – 556), referenciando maioritariamente o número de recursos humanos (Dificultadores – 299; Facilitadores – 167) e o método de trabalho dos enfermeiros (Dificultadores – 155; Facilitadores – 144). Seguem-se as características da formação (Dificultadores – 165; Facilitadores – 138), com a presença de formação na área da família a encabeçá-las (Dificultadores – 129; Facilitadores – 130).

As características da família, assumiram, nos factores identificados como dificultadores, a terceira posição (90), enquanto que nos facilitadores surge na última (50), com a aceitação da abordagem do enfermeiro à família a predominar (Dificultadores – 55; Facilitadores – 27). Quanto às características do enfermeiro, nos factores dificultadores, estas são as menos valorizadas (48), surgindo na terceira colocação nos factores facilitadores, onde, em ambas, prevaleceu a motivação (Dificultadores – 25; Facilitadores – 43).

Estes resultados são concordantes com Wright e Leaway ao exporem a falta de tempo como motivo mais comumente apresentado pelos enfermeiros para não envolver as famílias na sua prática diária, aspecto intimamente relacionado com os recursos

humanos existentes, referenciados pelos sujeitos em estudo como principal factor dificultador de uma abordagem à família.

Confrontando, novamente, com os resultados obtidos no estudo de Bruce e Ritchie, em que o factor pouca formação na área da família surge como principal factor aludido pelos enfermeiros como dificultador de uma prática de Enfermagem com Famílias, no nosso estudo, a insuficiente formação nesta área surge como segundo factor dificultador.

Após esta exposição torna-se importante aludir a algumas limitações que identificámos no estudo. A primeira considera a fragilidade do instrumento de colheita de dados, que muito embora nos estudos efectuados se tenha verificado que apresentava as condições para dar resposta aos objectivos do nosso estudo, não nos podemos esquecer que qualquer questionário para a sua efectiva validação necessita de um longo e continuado trabalho.

Por outro lado, seria de todo pertinente a inclusão dos enfermeiros a exercer funções nas unidades de cuidados continuados uma vez que, este paradigma é imprescindível numa abordagem à família a vivenciar uma situação de doença.

Finalmente, conhecer o significado que os enfermeiros atribuem à família e a identificação de factores que consideram ser justificativos para uma abordagem de enfermagem à família, permitiria conhecer melhor a sua percepção neste paradigma.

À realização deste trabalho coloca-se uma série de questões e de problemas que constituem um ponto de partida para a reflexão e acção a desenvolver para dar resposta a essas questões e resolver esses problemas. Assim, resta-nos apresentar algumas sugestões que facilitem a aproximação da prática de Enfermagem com Famílias à importância que lhe é atribuída:

- a divulgação dos resultados deste trabalho junto da população alvo, enfermeiros da prática e da gestão e ainda junto dos enfermeiros da área de ensino. Acreditamos ser este um contributo para a análise e implementação de estratégias que minimizem a diferença encontrada entre a importância atribuída à Enfermagem de Família e a prática diária desta abordagem;
- o desenvolvimento de unidades curriculares com conteúdos teóricos na área da família e da Enfermagem de Família com o objectivo do estudante desenvolver competências cognitivas que lhe permitam abordar estas unidades;
- o desenvolvimento de práticas clínicas que permitam ao estudante de enfermagem, não só a aplicabilidade dos modelos teóricos de Enfermagem de Família

abordados mas, principalmente, momentos de reflexão sobre as suas intervenções que lhe permitam apreender e reconhecer o impacto das mesmas nas famílias;

- a formação prevista a ser efectuada a todos os enfermeiros, deverá abarcar conteúdos que assentem numa funcionalidade aplicativa, que os considerem úteis e necessários, usufruindo das suas experiências profissionais para promover momentos de reflexão que lhes permita compreender a Enfermagem de Família como complementar da abordagem individual (e não como antagónica) e o impacto das suas intervenções na família;

- realização de reuniões interdisciplinares e multidisciplinares nos Centros de Saúde, como forma de desenvolverem uma aprendizagem cooperativa e activa, através da troca de ideias, do diálogo, da discussão e da crítica, de casos específicos, com o objectivo de adquirirem novos conhecimentos, desenvolverem competências e implementarem na prática uma efectiva Enfermagem de Família. – Possibilita a resolução de problemas mais complexos de forma eficaz e elaborada;

- implementação efectiva do método de trabalho enfermeiro responsável por um certo número de famílias, como forma de concretizar os conhecimentos e saberes já adquiridos e incorporar outros;

- seria ainda de todo pertinente dar continuidade a este estudo. Consideramos que após conhecermos o estágio em que se encontra a Enfermagem com Famílias, um estudo do tipo investigação-acção reverteria no desenvolvimento dos profissionais e das famílias.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim, Sofia. (2003). Evolução das Estruturas Domésticas. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 43, p. 13 - 30.

Agostinho, Manuela. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23, p. 327 – 330.

Agostinho, Manuela & Rebelo, Luís. (1988). Do Conceito aos Meios de Avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 32, p. 6 - 17.

Alaméda, Antoine. (2001). *Os Sete Pecados da Família*. Porto: AMBAR.

Alarcão, Madalena. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares – Uma Visão Sistémica*. Coimbra: Quarteto.

Allen, F. Moyra & Warner, Marguerite. (2002). A Developmental Model of Health and Nursing. *Journal of Family Nursing*. 8 (2), p. 96 – 135.

Amendoeira, José. (2004). Conferências: Enfermagem em Portugal – Contextos, Actores e Saberes. *Enfermagem*. 35-36 (2ª Série), p. 13 – 22.

Amendoeira, José. (2006). *Uma Biografia Partilhada de Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Anastasi, A & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: ArtMed Editora.

Anastasi, Anne. (1977). *Testes Psicológicos*. 2ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Anderson, Debra Gay; Capuzzi, Cecelia & Hatton, Diane C. (2005). Famílias e Enfermagem de Saúde Pública na Comunidade. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação.* (2ª ed.). (p. 368-387). Lisboa: Lusociência.

Anderson, Kathryn Hoehn. (2000). The Family Health System Approach to Family Systems Nursing. *Journal of Family Nursing.* 6 (2), p. 103 – 119.

Andrade, Manuela Neves; Rodrigues, Mª da Graça Varela; Costa, Mª Helena de Abreu; Faria, Olga Machado & Ascensão, Teresa Mª Ferreira. (1985). Exercício de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários na Região Autónoma da Madeira. *Madeira Médica.* 4(1), p. 42 – 53.

Angelo, Margareth. (1999). Abrir-se para a Família: Superando Desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento.* 1 (1/2), p. 7 – 14.

Augusto, Mário de Jesus. (1988). A Crise do Indivíduo e a Crise da Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* 32, p. 29 – 33.

Ballard, Naomi R. (2005). Estrutura, Função e Desempenho Familiares. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação.* (2ª ed.). (pp. 85-107). Lisboa: Lusociência.

Barbieri, Maria do Céu. (2004). A Avaliação Familiar pelo Enfermeiro de Família – Proposta de um Instrumento de Recolha de Dados Baseado em Wright E. Leahey (2002). *Sinais Vitais.* 55, p. 22 – 30.

Bardin, Laurence. (2004). *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

Barker, Philip. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar.* Lisboa: Climepsi Editores.

Barros, Pedro Pita. (2005). *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos.* Coimbra: Almedina.

Beach, Denise J. (2002). Professional Knowledge and its impact on nursing practice. *Nurse Education in Practice.* 2 (2), p. 80 – 86.

Bell, Janice M. & Wright, Lorraine M. (1995). L'avenir de la Recherche en Soins Infirmiers de la Famille: Les Interventions. In Duhamel. (Eds.) *La Santé et la Famille: Une Approche Systémique en Soins Infirmiers*. (pp. 87-99). Montréal: Gaëtan Morin Editeur.

Biscaia, André Rosa. (2006). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Reforma do Pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, p. 67 – 79.

Biscaia, André Rosa; Martins, José Nunes; Carreira, Mário Fernando Loureiro; Gonçalves, Inês Fronteira; Antunes, Ana Rita & Ferrinho, Paulo (2006). *Cuidados de Saúde Primários – Reformar para Novos Sucessos*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Bomar, Perri J. (2004). *Promoting Health in Families – Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*. 3ª ed. United States: Saunders.

Branco, António Gomes & Ramos Vítor. (2001). Cuidados de saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, p. 5 – 11.

Bruce, Beth; Letourneau, Nicole; Ritchie, Judith; Larocque, Sylvie; Dennis, Christine & Elliott, M. Ruth. (2002). A Multisite Study of Health Professionals' Perceptions and Practices of Family-Centered Care. *Journal of Family Nursing*. 8 (4), p. 408 – 429.

Bruce, Beth & Ritchie, Judith. (1997). Nurses'Practices and Perceptions os Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*. 12 (4), p. 214 – 222.

Burchard, Dorothee J. H. O'Sullivan; Claveirole, Anne; Mitchel, Ruth; Walford, Carol & Whyte, Dorothy A. (2004). Family Nursing in Scotland. *Journal of Family Nursing*. 10 (3), p. 323 – 337.

Burchard, Dorothee J. H. O'Sullivan; Whyte, Dorothy A & Jackson, Kate. (2002). Supporting Families: How are Nursing Students Being Prepared for this Developing Role Across Scotland. *Nurse Education Today*. 22 (6), p. 481 – 491.

Burns, Nancy & Grove, Susan K. (2001). *The Practice of Nursing Research – Conduct, Critique; & Utilization*. 4<sup>th</sup> ed. United States of America: Saubnders.

Campos, A. Correia. (1983). *Saúde o Custo de um Valor Sem Preço*. Lisboa: Livros Técnicos e Científicos, Lda.

Campos, A. Correia. (2008). *Reformas da Saúde – O Fio Condutor*. Coimbra: Almedina.

Collière, Marie-Françoise. (1999). *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) – Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Correia, Cristina; Dias, Fernanda; Coelho, Manuela; Page, Paula & Vitorino, Paulo. (2001). Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, p. 75 – 82.

Dias, José Lopes & Imperatori, Emílio. (1998). Cuidados de Saúde Primários Adequados – Alguns Comentários à Situação Portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 6 (1/2), p. 59 – 68.

Direcção Geral da Saúde. (2002). *Centros de Saúde da Terceira Geração – Manual para a Mudança*.

Du Gas, Beverly Witter. (1984). *Enfermagem Prática*. 4.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Duhamel, Fabie. (1995). *La Santé et la Famille – Une Approche Systémique en Soins Infirmeries*. Montréal: Gaetan Morin Éditeur Itée.

Elsen, Ingrid; Althoff, Coleta & Manfrini, Gisele. (2001). Saúde da Família: Desafios Teóricos. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 3 (2), p. 89 – 97.

Ferrão, Ana & Biscaia, André. (2006). Centro de Saúde – Organização de Aprendizagem. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, p. 91 – 95.

Ferreira, F. A. Gonçalves (1982). *Moderna Saúde Pública*. 5<sup>a</sup> ed. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian. VOLUME I e II

Ferreira, F. A. Gonçalves (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Goulbenkian.

Ferreira, Pedro Moura. (2003). Tendências e Modalidades da Conjugalidade. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 43, p. 37-82.

Fiske, John. (1999). *Introdução ao Estudo da Comunicação*. 5ª ed. Porto: ASA Editores.

Foddy, William. (1996). *Como Perguntar – Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*. Oeiras: Celta Editora Lda.

Ford-Gilboe, Marilyn. (2002). Developing Knowledge About Family Health Promotion by Testing the Developmental Model of Health and Nursing. *Journal of Family Nursing*. 8 (2), p. 140 – 156.

Fortin, Marie-Fabienne & Nadeau, Marcel (2003). A Medida em Investigação. In Fortin, Marie-Fabienne (Ed.). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*: (3ª ed). (pp. 215-237). Loures: Lusociência.

Frederico, Manuela & Leitão, Mª dos Anjos. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Lisboa: Formasan.

Friedman, Marilyn M.; Bowden, Vicky R. and Jones, Elaine G. ((2003). *Family Nursing – Research, Theory, and Practice*. 5ª ed. New Jersey: Prentice Hall.

Ghiglione, Rodolphe & Matalon, Benjamin. (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática*. (4ª ed. Lisboa: Celta.

Gil, António Carlos. (2006). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas.

Gimeno, Adelina. (2001). *A Família – O Desafio da Diversidade*. Lisboa: Terramar.

Gladys, Amélia ; Silva, Lincoln; Meirelles, Sarah & Felippetto, Simone. (2003). Interdisciplinaridade no Cuidados às Famílias: Repensando a Prática em Saúde. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. 5 (1), p. 66 – 72.

Goding, Lois & Cain, Paul. (1999). Knowledge in health visiting practice. *Nurse Education Today*. 19 (4), p. 299 – 305.

Guerreiro, Maria das Dores. (2003). Pessoas Sós: Múltiplas Realidades. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 43, p. 31-49.

Hallberg, Ingalill Rahm. (2003). Evidence-Based Nursing, Interventions, and Family Nursing: Methodological Obstacles and Possibilities. *Journal of Family Nursing*. 9 (1), p. 3 – 22.

Hanson, Shirley May Harmon. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, prática e investigação*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência.

Hanson, Shirley May Harmon & Kaakinen, Joanna Rowe. (2005). Fundamentos teóricos para a Enfermagem de família. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). (pp. 39-63). Lisboa: Lusociência.

Hartrick, Gwen. (2000). Developing Health-Promoting Practice with Families: one Pedagogical Experience. *Journal of Advanced Nursing*. 31 (1), p. 27 – 34.

Hespanhol, Alberto. (2005). A Imagem dos Serviços de Saúde e dos Médicos de Família em Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 21, p. 185 – 191.

Hickman, Janet S. (1995). Introdução à Teoria da Enfermagem. In George, Júlia B. e colaboradores (Eds.). *Teorias de Enfermagem. Dos Fundamentos à Prática Profissional*. (4ª ed.). (pp. 11-19). São Paulo. Artmed.

Hill, Manuela Magalhães & Hill, Andrew. (2002). *Investigação por Questionário*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.

Holliday, Mary E. & Parker, David L. (1997). Florence Nightingale, Feminism and Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 26 (3), p. 483 – 488.

Honoré, Bernard. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

International Council of Nurses. (2003). *Quadro de Referências do ICN e as Competências Básicas do Enfermeiro de Família – Série Normas e Competências*. Conselho Internacional dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2003). *Nurses Always for you: Caring for Families*. INC: Geneva.

Jones, Elsa. (2004). *Terapia dos Sistemas Familiares*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

Kantz, Beth; Wandel, Jane; Fladger, Anne; Folcarelli, Patricia; Burger, Sherri & Clifford, Joyce C. (1998). Developing Patient and Family Education Services: Innovations for the Changing Healthcare Environment. *The Journal of Nursing Administration*. 28 (2), p. 11 – 18.

LeGrow, Karen & Rossen, Beth Ellen. (2005). Development of Professional Practice Based on a Family Systems Nursing Framework: Nurses' and Families' Experiences. *Journal of Family Nursing*. 11 (1), p. 38 – 58.

Lewandowski, Cathleen A & Pierce, Lois. (2004). Does family-centered out-of-home care work? Comparison of a Family-Centered Approach and Tradicional Care. 28(3), p. 143 – 151.

Logue, Rebecca McGarry. (2003). Maintainig Family Connectedness in Long-term Care. An Advanced Practice Approach to Family- Centered Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing*. 29(6), p. 24 – 31.

Lourenço, Célia; Cerveira, Margarida; Silva, Sónia & Jesus, Teresa. (2007). Enfermagem em Portugal nos Anos 50. *Percursos*. Número Especial Comemorativo do Dia Internacional do Enfermeiro, Maio, p. 12 – 15. Edição Internet. [www.ess.ips.pt/percursos/percursos.html](http://www.ess.ips.pt/percursos/percursos.html)

Maben, Jill & Clark, Jill Macleod. (1995). Health Promotion: a Concept Analysis. *Journal Advanced Nursing*. 22, p.1158 – 1165.

Macduff, Colin & West, Bernice J. M. (2004). An Evaluation of an Educational Programme to Prepare Family Health Nurses. *Nurse Education Today*. 24 (7), p. 575 – 583.

Marcon, Sónia Silva & Elsen, Ingrid. (1999). A Enfermagem com um Novo Olhar... A Necessidade de Enxergar a Família. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. V.1 (1/2) P.21 – 26.

Maroco, João. (2003). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Martins, Maria M. Silva. (2002). *Uma Crise Acidental na Família: O Doente com AVC*. Coimbra: Formasau.

Martins, Maria M. Silva. (2003). A Família, um Suporte ao Cuidar. *Sinais Vitais*. 50. p. 52 – 56.

McKenry, Patrick C. & Price, Sharon J. (2005). *Families & Change – Coping with Stressful Events and Transitions*. 3th ed. United States of America: Sage Publications, Inc.

McKenzie, James F.; Neiger, Brad L. & Smmeltzer, Jan L. (2005). *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs – A Primer*. 4<sup>th</sup> ed. United States of America: Pearson Benjamin Cummings.

Meleis, Afaf Ibrahim & Trangenstein, Patricia A. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*. November/December, p. 255 – 259.

Ministério da Saúde. (1999). *Saúde: Um Compromisso – A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998 – 2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. (1999). *Cálculo das Necessidades de Pessoal de Enfermagem (Actualização da Fórmula da DGH/ITE – 1989)*. Divisão de Estudos e Planeamento. Lisboa: Ministério da Saúde

Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2002). *Centros de Saúde da Terceira Geração – Manual para a Mudança*. Lisboa: Ministério da Saúde. Edição Internet. [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004 – 2010*. (Vol I e II). Lisboa: Ministério da Saúde. Edição Internet. [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt).

Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde. Edição Internet. [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)

Minuchin, Salvador & Fishman, H. Charles. (2003). *Técnicas de Terapia Familiar*. (2ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.

Moreno, A. Sánchez; Ramón, Aparício; Bes, Germán; Alvear, Mazarrasa; Tormo, Merelles & Garcia, Sánchez. (2000). *Enfermería Comunitaria – Concepto de Salud y Factores que la Condicionan*. Madrid: McGRAW-Hill.

Morujão, Alexandra Fradique. (1992). Percepção. In Logos – Enciclopédia Luso\_brasileira de Filosofia (Vol. 4, p.54 – 58). Lisboa: Verbo

Nepomuceno, Rui. (2006). *História da Madeira: Uma Visão Actual*. Porto: Campo das Letras Editores, S.A.

Nightingale, Florence. (2005). *Notas Sobre Enfermagem: O que é e o que não é*. Lisboa: Lusociência.

Nunes, Lucília. (2003). *Um Olhar Sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881 – 1998)*. Loures: Lusociência.

Nunnally, Jum & Bernstein, Ira H. (1994). *Psychometric Theory*. 3<sup>th</sup> ed. United States of America: McGraw-Hill.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Divulgar - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Entrevista à Dr<sup>a</sup> Cármen Pignatelli, Secretária de Estado Adjunta e da Saúde. *Ordem dos Enfermeiros*, 21, p. 4 – 9.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 26, p. 9 - 20 (suppl.).

Paiva, Abel. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem – Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: Formasau.

Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS: 4<sup>a</sup> ed.* Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Phaneuf, Margot. (2001). *Planificação de Cuidados – Um Sistema Integrado e Personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pisco, Luís & Biscaia, José Luís. (2001). Qualidade de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, p. 43 – 51.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1998). *Nursing research: Principles and Methods*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.

Polit, D., Beck, C.T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. (5th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano. (2006). *Essentials of Nursing Research – Methods, Appraisal, and Utilization*. 6<sup>th</sup> ed. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.

Portney, Leslie Gross & Watkins, Mary P. (1993). *Foundations of Clinical Research. Applications to Practice*. Connecticut: Appleton & Lange.

Portugal. Assembleia da República. (24 de Agosto de 1990). Lei nº 48/90. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República I Série*, 195. 3452 – 3459.

Portugal. Ministério da Educação. (3 de Setembro de 1999). Decreto-Lei nº 353/99: Aprova as regras gerais a que fica subordinado o Ensino da Enfermagem no âmbito do Ensino Superior Politécnico. *Diário da República I-A Série*. 206. 6198 – 6201.

Portugal. Ministério da Saúde. (1 de Abril de 2003). Decreto-Lei nº. 60/2003: Criação da Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República I-A Série*. 77. 2118-2127.

Portugal. Ministério da Saúde. (10 de Maio de 1999). Decreto-Lei nº 157/99: Regime de criação, organização e funcionamentos dos centros de saúde. *Diário da República I-A Série*. 108. 2424 – 2435.

Portugal. Ministério da Saúde. (15 de Janeiro de 1993). Decreto-Lei nº. 10/93: estrutura orgânica do Ministério. *Diário da República I-A Série*. 126-129.

Portugal. Ministério da Saúde. (15 de Outubro de 1999). Decreto-Lei nº 411/99: Alteração do Estatuto da Carreira de Enfermagem. *Diário da República I-A Série*. 241. 6959 – 6960.

Portugal. Ministério da Saúde. (16 de Fevereiro de 2006). Despacho Normativo nº. 9/2006: Aprovação do Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar. *Diário da República I-B Série*. 34. 1256-1258.

Portugal. Ministério da Saúde. (3 de Junho de 2005). Decreto-Lei nº. 88/2005: revogação do Decreto-Lei nº. 60/2003 de 1 de Abril e reprecificação do Decreto-Lei nº. 157/99 de 10 de Maio . *Diário da República I-A Série*. 107. 3606.

Portugal. Ministério da Saúde. (30 de Dezembro de 1998). Decreto-Lei nº 412/98: Reestruturação da Carreira de Enfermagem. *Diário da República I-A Série*. 300. 7257 – 7264.

Portugal. Ministério da Saúde. (8 de Novembro de 1991). Decreto-Lei nº 437/91: Regime Legal da Carreira de Enfermagem. *Diário da República I-A Série*. 257.

Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. (12 de Outubro de 2005). Resolução do Conselho de Ministros nº. 157/2005: Criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República I-B Série*. 81. 5981-5982.

Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. (27 de Abril de 2005). Resolução do Conselho de Ministros nº. 86/2005: Criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Diário da República I-B Série*. 81. 3202-3203.

Região Autónoma da Madeira. Assembleia Legislativa Regional. (27 de Maio de 2003). Decreto Legislativo Regional nº. 9/2003/M: Aprova o Regime e Orgânica do Serviço Regional de Saúde. *Diário da República I- Série A*. 122. 3245 – 3254.

Região Autónoma da Madeira. Assembleia Legislativa Regional. (7 de Agosto de 1991). Decreto Legislativo Regional nº. 21/91/M: Estatuto do Sistema de Saúde da Região Autónoma da Madeira. *Diário da República I- Série A*. 180. 3927 – 3930.

Região Autónoma da Madeira. Assembleia Legislativa Regional. (7 de Agosto de 1991). Decreto Legislativo Regional nº. 4/2003/M: Estatuto do Sistema Regional de Saúde. *Diário da República I- Série A*. 82. 2273 – 2277.

Região Autónoma da Madeira. Assembleia Regional. (13 de Fevereiro de 1978). Decreto Regional nº. 3/78/M: Criação do Centro Regional de Saúde Pública da Região Autónoma da Madeira. *Diário da República I Série*. 36. 345 – 346.

Região Autónoma da Madeira. Assembleia Regional. (13 de Fevereiro de 1978). Decreto Regulamentar Regional nº. 1/78/M: Aprova o Estatuto do Centro Regional de Saúde Pública da Região Autónoma da Madeira. *Diário da República I Série*. 146. 1150 - 1154.

Região Autónoma da Madeira. Assembleia Regional. (13 de Outubro de 1977). Decreto Regional nº. 11/77/M: Cria da Direcção Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira. *Diário da República I Série*. 237. 2485 – 2486.

Região Autónoma da Madeira. Assembleia Regional. (23 de Junho de 1981). Decreto Regional nº. 13/81/M: Orgânica da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. *Diário da República I Série*. 141. 1451 – 1458.

Região Autónoma da Madeira. Assembleia Regional. (23 de Março de 1977). Decreto Regional nº. 3/77/M: Cria o Centro Hospitalar do Funchal. *Diário da República I Série*. 69. 594.

Região Autónoma da Madeira. Governo Regional. (29 de Maio de 1979). Decreto Regulamentar Regional nº. 10/79/M: Lei Orgânica da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. *Diário da República I Série*. 123. 1155 – 1166.

Relvas, Ana Paula. (1999). *Conversas com Famílias – Discursos e Perspectivas em Terapia Familiar*. Porto: Afrontamento.

Relvas, Ana Paula. (2000). *O Ciclo Vital da Família – Perspectiva Sistémica*. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

Riley, Julia Balzer. (2004) *Comunicação em Enfermagem*. 4º ed. Loures: Lusociência.

Rodrigues, Manuel. (2004). Linhas Orientadoras para a Investigação em Enfermagem. Como, Porquê e Para quê. *Sinais Vitais*. 54, p. 3-15.

Rosado, Alexandra; Rolo, Ana C.; Silva, Anabela & Branco, Cristina C, (2007). Percurso da Enfermagem em Portugal – De Final dos Oitocentos a Meados de Novecentos. *Percursos*. Número Especial Comemorativo do Dia Internacional do Enfermeiro, Maio, p. 12 – 15. Edição Internet. [www.ess.ips.pt/percursos/percursos.html](http://www.ess.ips.pt/percursos/percursos.html)

Rosnay J. (1995). *As Origens da Vida - do Átomo à Célula*, Coimbra: Almedina.

Ross, Beverly. (2005). O Processo de Enfermagem e Cuidados de Saúde à Família. In Hanson, Shirley May Harmon (Ed.). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação*. (2ª ed.). (p. 39 - 63). Lisboa: Lusociência.

Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: Um Testemunho Pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, p. 101 – 108.

Sakellarides, Constantino. (2006). *De Alma a Harry – Crónica da Democratização da Saúde*. 2ª ed. Coimbra: Almedina.

Segalen, Martine. (1999). *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar.

Simões, Jorge (2004). *Retrato Político da Saúde: Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina.

Sousa, Liliana. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto.

Stuart, Meryn E. (1991) - An Analysis of the Concept of Family Theory Development in Nursing: State of the Science and Art. In: Whall, Ann L.; Fawcett, Jacqueline. *Family Theory Development in Nursing: State of the Science and Art*. (p. 31-40). Philadelphia: F. A. Davis Company.

Stuart, Meryn. (2002). F. Moyra Allen: A Life in Nursing, 1921-1996. *Journal of Family Nursing*. 8 (2), p. 157 – 165.

Subtil, Carlos Lousada. (1999). O Enfermeiro de Família. *Sinais Vitais*. 25, p. 21 – 24.

Telo, António José. (2007). *História Contemporânea de Portugal – Do 25 de Abril à Actualidade*. Vol I. Lisboa: Editorial Presença.

US Department of Health and Human Services – Health Resources and Services Administration – Division of Nursing. (2002). *Nurse Practitioner Primary Care Competencies in Specialty Areas: Adult, Family, Gerontological, Pediatric and Women's Health*. Rockville: HRSA.

Vasconcelos, Pedro. (2003). Famílias Complexas: Tendências de Evolução. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 43, p. 83 - 96.

Vieira; Margarida. (2008). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica editora.

Wall, Karin. (2003). Famílias Monoparentais. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 43, p. 51 - 66.

Wall, Karin. (2005). *Famílias em Portugal – Percursos, Interações, Redes Sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Waltz, C.F.; Strickland, O.L. & Lenz, E.R. (1991). *Measurement in Nursing Research*. 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Ward-Griffin, Catherine & McKeever, Patricia. (2000). Relationships between Nurses and Family Caregivers: Partners in Care? *Advances in Nursing Science*. 22 (3), p. 89 – 103.

Warner, Marguerite. (2002). Shaping Health Potential: A Model of Health Promotion with Families, by Families, and for Families – Preface. *Journal of Family Nursing*. 8 (2), p. 91 – 95.

White, Dorothy A. (1997). *Explorations in Family Nursing*. London: Routledge.

White, Nancy; Rithcert, Judith; Koeckeritz, Jane; Munch, Kristy & Walter, Patty. (2004). “Going Forward”: Family Resiliency in Patients on Haemodialysis. *Journal of Family Nursing*. 10 (3), p. 357 – 378.

World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata – URSS.

World Health Organization. (1998). *Health 21 – Health for all in the 21<sup>st</sup> century*. Copenhagen: WHO.

World Health Organization. (2004). *Family and health in the context of the tenth anniversary of the International Year of the Family*.

Wright, L; Leahey, M. (1994). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis.

Wright, L. & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. 3<sup>a</sup> ed. Brasil: Editora Roca Ltda.

Wright, Lorraine M. & Bell, Janice M. (2004). Retrospective – Nurses, Families and Illness: A New Combination. *Journal of Family Nursing*. 10 (1), p. 3 – 11.

Wright, Lorraine M. & Leahey, Maureen. (1999). Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15-Minute (or Less) Family Interview. *Journal of Family Nursing*. 5 (3), p. 259 – 273.

Wright, Lorraine M. & Leahey, Maureen. (2004). How to Conclude or Terminate With Families. *Journal of Family Nursing*. 10 (3), p. 379 – 401.

Wright, Lorraine M. & Leahey, Maureen. (2005). The Three Most Common Errors in Family Nursing: How to Avoid or Sidestep. *Journal of Family Nursing*. 11 (2), p. 90 – 101.

Wright, Lorraine M.; Watson, Wendy L. & Bell, Janice M. (1996). *Beliefs – The Heart of Healing in Families and Illness*. 2<sup>a</sup> ed. New York: Basic Books.

## ANEXOS



Anexo I – Serviços de Saúde na RAM







Anexo II – Carta dirigida aos juízes para apreciação do instrumento de colheita de dados



Exm<sup>o</sup>.(a:) Senhor(a) Enf<sup>a</sup>.---

Mudanças sociais ocorridas nos últimos tempos têm exigido uma maior inclusão das famílias nos cuidados de saúde. A Enfermagem não ficou alheia a esta necessidade pois, pela proximidade física e afectiva que desenvolve junto às famílias, é a profissão privilegiada na área da saúde para as compreender no seu próprio contexto, reconhecendo as suas “forças” e a sua individualidade.

Não podemos todavia, distanciarmo-nos da ideia de que este retorno das famílias à participação nos cuidados de saúde deverá ser assumido pela enfermagem, com muito mais *conhecimento, sofisticação, respeito e colaboração* (Wright e Leahey, 2002, p14).

Partindo deste pressuposto e no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, interessei-me por desenvolver um estudo acerca, dos **aspectos relacionados com a Enfermagem de Família que os Enfermeiros aplicam na sua prática diária e o grau de importância que lhes atribuem**. A população alvo de estudo será o total dos Enfermeiros da Região Autónoma da Madeira, a exercerem funções nos Cuidados de Saúde Primários.

Para a validade de conteúdo da escala (em anexo), solicito que me prestigie com a sua colaboração, dada a sua perícia e conhecimento na matéria.

Para tal solicito que após análise, dê o seu parecer acerca dos itens do questionário, no que concerne a aspectos tais como: Relevância, clareza, ambiguidade e sequência lógica.

Segundo os aspectos anteriormente referenciados segue-se no final do questionário um espaço para a sua apreciação, onde poderá assinalar a sua opinião e sugestões para os itens que considerar pertinente uma reformulação ou mesmo sugestões para a inclusão de outros itens.

Item nº \_\_\_\_\_

Crítica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sugestões: \_\_\_\_\_

Na expectativa de que o meu pedido obtenha de V. Ex<sup>a</sup>. o melhor acolhimento, agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

\_\_\_\_\_  
(Alexandra Paula Costa Freitas)



Anexo III – Instrumento de colheita de dados



Para o preenchimento deste questionário tenha em consideração o seguinte:

1 - Responda individualmente

2 - Responda a todas as perguntas

## DADOS BIOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

1. IDADE: \_\_\_\_\_

2. SEXO: Feminino .....  Masculino .....

3. HABILITAÇÕES ACADÉMICAS:

- a) Bacharelato .....
- b) Licenciatura .....
- c) Mestrado .....
- d) Outras .....  ... Quais \_\_\_\_\_

4. CATEGORIA PROFISSIONAL:

- a) Enfermeira(o) .....
- b) Enfermeira(o) Graduada(o) .....
- c) Enfermeira(o) Graduada(o) com Especialidade .....
- d) Enfermeira(o) Especialista .....
- e) Enfermeira(o) Chefe .....
- f) Enfermeira(o) Supervisora .....

5. ÁREA DA ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

6. NÚMERO DE ANOS COMPLETOS NA CATEGORIA ACTUAL: \_\_\_\_\_

7. NÚMERO DE ANOS COMPLETOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: \_\_\_\_\_

8. CONCELHO ONDE ACTUALMENTE DESEMPENHA AS SUAS FUNÇÕES: \_\_\_\_\_

9. ÁREA(S) FUNCIONAIS QUE DESEMPENHA PREDOMINANTEMENTE

- a) Prestação de cuidados .....
- b) Formação .....
- c) Gestão .....
- d) Outra .....  .....Qual \_\_\_\_\_

Continua no verso da folha

10. DURANTE A SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA TEVE ALGUMA DISCIPLINA (UNIDADE CURRICULAR) SOBRE FAMÍLIA?

Sim .....  Não.....

Se respondeu SIM, indique em que formação:

Curso de Enfermagem .....

Especialidade .....

Outras .....  Especificar: \_\_\_\_\_

11. DURANTE A SUA FORMAÇÃO ACADÉMICA TEVE ALGUM CONTEÚDO SOBRE A FAMÍLIA DISPERSO PELAS VÁRIAS DISCIPLINAS?

Sim .....  Não.....

Se respondeu SIM, indique em que formação:

Curso de Enfermagem .....

Especialidade .....

Outras .....  Especificar: \_\_\_\_\_

12. NA SUA PERSPECTIVA O QUE É QUE CONSIDERA SER A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. INDIQUE TRÊS (3) ASPECTOS QUE CONSIDERA **DIFICULTADORES** DE UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA.

---

---

---

14. INDIQUE TRÊS (3) ASPECTOS QUE CONSIDERA **FACILITADORES** DE UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA.

---

---

---

**PRÁTICA DIÁRIA (a):** Pense cuidadosamente acerca de cada item e em que medida esses aspectos são incluídos na **PRÁTICA DIÁRIA DOS ENFERMEIROS de cuidados de Saúde Primários**. Coloque uma cruz na resposta que melhor se adequa à sua opinião na coluna correspondente à **PRÁTICA DIÁRIA**.

**IMPORTÂNCIA (b):** Pense cuidadosamente acerca de cada item e em que medida os considera **IMPORTANTES** para o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem de Família. Coloque uma cruz na resposta que melhor se adequa à sua opinião na coluna da **IMPORTÂNCIA**.

Na avaliação / intervenção às famílias as(os) Enfermeiras(os) ...	Prática Diária (a)				Importância (b)				
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	
1. ...realizam uma avaliação individual aos membros da família saudáveis e aos doentes. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...realizam a avaliação individual dos membros da família em simultâneo com a avaliação de todo o sistema familiar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...utilizam instrumento(s) de avaliação familiar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...constroem o genograma familiar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...constroem o ecomapa familiar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...constroem o diagrama de vínculos familiar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...identificam os membros que compõem a família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...identificam os subsistemas que compõem a família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...identificam os limites que existem entre os subsistemas familiares. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...analizam a interacção entre os membros da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...analizam o tipo de comunicação estabelecida entre os membros da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...identificam os vínculos existentes entre os diferentes membros da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...identificam os papéis dos elementos na família (ex. papel de mãe, de dona de casa, ...). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...analizam em que medida a diferenciação de papéis assumidos pelos diferentes membros da família são compreendidos no contexto familiar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...identificam a etapa do ciclo vital da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continua no verso da folha

Na avaliação / intervenção às famílias as(os) Enfermeiras(os) ...	Prática Diária (a)				Importância (b)				
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante	
16. ...identificam as tarefas / funções inerentes à etapa do ciclo vital da família.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...identificam pessoas e/ou grupos significativos (ex. amigos, Igreja,...) para a família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...identificam o contexto sócio cultural da família (ex. etnia, classe social, ...). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...identificam os factores ambientais que têm significado no funcionamento da família (estado de conservação da habitação, nº e área de divisões da habitação,...) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...analizam o conhecimento da família acerca dos recursos da comunidade. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...identificam as crenças / valores que norteiam a família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ...avaliam a capacidade da família para lidar com os seus problemas. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ...analizam a percepção dos membros da família face aos problemas de saúde. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ...analizam a história de saúde da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ...identificam a situação de saúde dos membros da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ...identificam os comportamentos da família face à saúde / doença. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ...identificam as capacidades da família para promover a saúde dos seus membros. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ...efectuam o registo de todos os dados obtidos sobre a família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ...em conjunto com a família, validam a avaliação inicial. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ...em conjunto com a família, identificam necessidades reais e/ou potenciais da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ...em conjunto com a família, analisam as necessidades de cuidados identificadas. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ...em conjunto com a família, priorizam as necessidades. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ...identificam as forças da família para fazer face aos problemas reais e/ou potenciais identificados. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ...em conjunto com a família, apuram os objectivos a serem alcançados. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Na avaliação / intervenção às famílias as(os) Enfermeiras(os) ...	Prática Diária (a)				Importância (b)				
	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre	Nada Importante	Pouco Importante	Muito Importante	Muito Importante	
35. ...em conjunto com a família, validam as intervenções para o(s) problema(s) identificados. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ...em conjunto com a família, validam as tomadas de decisão que melhor se adaptam às necessidades da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ...em conjunto com a família, determinam a calendarização das consultas de enfermagem. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ...apoiam a família no sentido de ela própria encontrar as soluções para os problemas identificados. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ...reconhecem que os membros da família individualmente e o grupo familiar nem sempre alcançam o potencial máximo de saúde simultaneamente. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ...dirigem a sua intervenção aos membros da família saudáveis e aos doentes. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. ...empenham-se para promover a mudança na família.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. ...mudam o foco de atenção face à alteração do estado de saúde do membro da família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. ...facilitam o acesso aos recursos da comunidade que poderão ajudar a família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. ...utilizam as capacidades da família para promover uma melhoria dos cuidados. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. ...inseridos na equipa multidisciplinar, dinamizam reuniões para discutir aspectos relacionados com as problemáticas familiares. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. ...avaliam os resultados das intervenções ao longo de toda a abordagem à família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. ... avaliam os resultados das intervenções de acordo com os objectivos estabelecidos. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. ... avaliam os resultados das intervenções para validar a eficácia dos cuidados prestados. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. ... avaliam os resultados das intervenções em conjunto com a família. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. ... avaliam os resultados das intervenções junto com a equipa multidisciplinar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. ... avaliam os resultados das intervenções considerando outro(s) resultado(s) inesperado(s). ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. ... avaliam os resultados das intervenções utilizando um método adequado aos objectivos e intervenções em apreciação. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Anexo IV – Pedido de autorização e consentimento para a aplicação do instrumento de colheita de dados



Alexandra Paula Costa Freitas

R. Silvestre Quintino de Freitas  
Ed. Varandas do Funchal – Bl. 3-3º J  
9050 – 097 Funchal

Exmº. Sr Presidente do  
Conselho de Administração do  
Serviço Regional de Saúde, E.P.E.  
Rua João Gago, nº 2  
9000-071 – Funchal

Funchal, 9 de Junho de 2006

Estando, presentemente, a frequentar o Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, propus-me abordar a problemática da Enfermagem de Família na perspectiva dos Enfermeiros da prática dos Cuidados de Saúde Primários da RAM

No sentido de me possibilitar obter informação acerca de **aspectos relacionados com a Enfermagem de Família que os Enfermeiros aplicam na sua prática diária e o grau de importância que lhes atribuem**, venho solicitar a V. Ex.as. a autorização para a aplicação de um questionário (em anexo) a estes profissionais, no período compreendido entre o mês Julho e Setembro de 2006.

Conscientes das implicações éticas de um trabalho desta natureza, garantimos a total confidencialidade.

Na expectativa de que o nosso pedido obtenha de V. Ex.as. o melhor acolhimento e agradecendo antecipadamente a vossa atenção apresento os meus sinceros cumprimentos.

Atenciosamente,

---

(Alexandra Paula Costa Freitas)





REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA  
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

**Comissão de Ética para a Saúde do Serviço Regional de  
Saúde, E.P.E.  
(CES/SRS, EPE)**

**Parecer nº 25/06**

**O Pedido:**

Recebido do Conselho de Administração do SRS, EPE para parecer pedido de autorização de Alexandra Paula Costa Freitas, a frequentar o Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem no ICBAS, para aplicação de um Questionário aos profissionais de Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários, no âmbito de um Trabalho de Investigação, onde pretende determinar a percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a aplicabilidade na sua prática profissional diária de aspectos relacionados com a Enfermagem de Família e o grau de importância que atribuem aos mesmos para o desenvolvimento dessa mesma prática.

**Parecer:**

A CES/SRS, EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Richard Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Jorge Santos, Médico, Dr. Miguel Pestana, Médico, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo, Enfermeira Isabel Santos, Dr. Sílvio Sousa, Juiz, e Dr<sup>a</sup> Inês Ribeiro, Farmacêutica, na sua reunião de 04 de Julho de 2006, decidiu por unanimidade dar parecer favorável ao pedido acima identificado por não levantar qualquer problema de ordem ética.

Funchal, 14 de julho de 2006

O Presidente da CES/SRS, EPE

  
(Edward Richard Maul)



Anexo V – Agenda da reunião efectuada com a Direcção de Enfermagem,  
supervisoras e Chefes dos CSP



## **REUNIÃO COM A DIRECÇÃO DE ENFERMAGEM, ENFERMEIRAS SUPERVISORAS E CHEFES DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

### **Objectivos:**

1. Apresentação do estudo à Direcção de Enfermagem, aos Enfermeiros Chefes e Supervisores dos Cuidados de Saúde Primários na RAM.
2. Pedido de colaboração para o desenvolvimento do referido estudo através da(o):
  - a. motivação dos Enfermeiros da prática para o preenchimento do instrumento de colheita de dados;
  - b. motivação para um preenchimento o mais verdadeiro possível;
  - c. reforço no esclarecimento do objectivo geral do referido estudo

### **Aspectos a serem abordados:**

1. **Enquadramento do estudo:** XII Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto Superior Abel Salazar – Universidade do Porto.
2. **Temática do estudo:** Enfermagem de Família.
3. **População alvo do estudo:** Total dos Enfermeiros da RAM, a exercerem funções nos Cuidados de Saúde Primários.
4. **Objectivos do estudo:**
  - a. Identificar aspectos relacionados com a Enfermagem de Família que os Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários da RAM aplicam na sua prática diária e o grau de importância que lhe atribuem;
  - b. Identificar crenças facilitadoras para o desenvolvimento da Enfermagem de Família.
5. **Contributo do estudo na prática:** Contribuir para um maior apoio, e mais específico, aos Enfermeiros na concretização de uma intervenção na família.



Anexo VI – Carta endereçada aos Chefes dos Centros de Saúde



Exm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Enfermeira -----

De acordo com a informação transmitida na reunião decorrida a 26 de Maio de 2006 no Arquivo Regional, que tive o privilégio de participar, envio os questionários para preenchimento pelos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários: Enfermeiros Generalistas, Especialistas e da Gestão a prestar cuidados nos Centros de Saúde e nos Cuidados de Saúde Continuados.

Desde já agradeço toda a sua colaboração, imprescindível na efectivação deste meu estudo, nomeadamente através do seu preenchimento e da(o):

1. motivação dos Enfermeiros da prática para o preenchimento do questionário;
2. motivação para o preenchimento individual;
3. motivação para o preenchimento de todos os itens;
4. motivação para um preenchimento o mais verdadeiro possível e
5. reforço no esclarecimento do objectivo geral do estudo.

Relembro ainda que com este estudo pretendo conhecer a percepção dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários sobre a aplicabilidade na sua prática profissional diária de aspectos relacionados com a Enfermagem de Família e o grau de importância que atribuem aos mesmos aspectos para o desenvolvimento dessa mesma prática, com o intuito de contribuir para um maior apoio, e mais específico, aos Enfermeiros na concretização de uma intervenção na família.

Entrarei em contacto consigo a partir da segunda semana do mês de Setembro, para tomar conhecimento do estadió em que se encontra o preenchimento dos questionários e combinar uma data para a recolha dos mesmos.

Os questionários deverão ser encerrados no envelope que os acompanha e entregues a si, ou a quem delegar.

Junto envio a autorização da Comissão de Ética para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Para esclarecimento de qualquer dúvida poderá contactar-me para o 96-----.

Com os melhores cumprimentos

---

(Alexandra Freitas)



Anexo VII – Carta introdutória ao instrumento de colheita de dados



Caro(a) Colega

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem junto da comunidade passa por uma intervenção que valorize e reconheça o papel das famílias na saúde dos seus membros e consequentemente da sociedade em geral. Porém, aspectos de ordem institucional e/ou pessoal poderão constituir obstáculos à implementação do Enfermeiro de Família, tornando-se necessária a sua identificação de modo a posteriormente debelá-los ou minimizá-los.

Neste sentido, e no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem na Universidade do Porto, estou presentemente a realizar um trabalho de investigação, onde se pretende **conhecer a percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a aplicabilidade na sua prática profissional diária de aspectos relacionados com a Enfermagem de Família e o grau de importância que atribuem aos mesmos para o desenvolvimento dessa mesma prática.**

Para a concretização do referido estudo, a sua colaboração no preenchimento de um questionário é imprescindível, para posteriormente, com base nos resultados obtidos, podermos contribuir para um apoio maior e mais específico aos enfermeiros na concretização de uma intervenção de enfermagem na família. Para tal, prevejo a apresentação dos resultados finais à comunidade de enfermagem.

O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal.

Após o preenchimento do questionário deverá colocá-lo e encerrá-lo no envelope que lhe foi distribuído junto com o mesmo, e posteriormente entregá-lo à Sr<sup>a</sup> Enf<sup>a</sup> Chefe.

Os dados serão armazenados e tratados informaticamente durante o decurso da pesquisa, sendo destruídos posteriormente.

Caso lhe surja qualquer dúvida sobre o estudo em questão, não hesite em contactar-me para a Universidade da Madeira, Escola Superior de Enfermagem da Madeira para o número 291 705 133.

Desde já agradeço o seu precioso contributo.

Com os melhores cumprimentos

---

(Alexandra Freitas)



Anexo VIII – Diferenças das estatísticas, resultantes da análise das variáveis com e sem outliers



Diferenças Variáveis	Média	Média aparada a 5%	Erro amostral	Amplitude do intervalo de confiança	Desvio Padrão	C.V.
	Idade	0.08	0.05	0.00	0.03	0.11
Tempo de exercício nos C.S.P.	0.07	0.05	0.00	0.02	0.10	0.40
Anos na categoria profissional actual	0.21	0.11	0.02	0.09	0.42	3.45
PPEF	0.07	0.04	0.08	0.28	19.97	1.33
IAEF	0.23	0.07	0.03	0.11	0.53	0.34



Anexo IX – Distribuição das variáveis em estudo



Variável	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>p</i>	Assimetria	Achatamento
Idade (n = 372)	0.08	< .001	3.706	- 1.559
Tempo na categoria actual (n = 372)	0.17	< .001	11.714	10.690
Tempo de exercício nos C.S.P. (n = 372)	0.12	< .001	5.769	-1.135
PPEF (n = 372)	0.03	.200	0.103	2.472
IAEF (n = 372)	0.09	<.001	- 2.539	- 0.147



Anexo IX – Tabelas das frequências conjuntas da PPEF e da IAEF



PPEF	Nunca		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Item 1	22	5.9	214	57.5	109	29.3	27	7.3
Item 2	62	16.7	229	61.6	70	18.8	11	3.0
Item 3	195	52.4	150	40.3	22	5.9	5	1.3
Item 4	236	63.4	121	32.5	11	3.0	4	1.1
Item 5	285	76.6	77	20.7	8	2.2	2	0.5
Item 6	14	3.8	100	26.9	150	40.3	108	29.0
Item 7	94	25.3	174	46.8	78	21.0	26	7.0
Item 8	124	33.3	183	49.2	56	15.1	9	2.4
Item 9	10	2.7	159	42.7	168	45.2	35	9.4
Item 10	9	2.4	168	45.2	155	41.7	40	10.8
Item 11	16	4.3	164	44.1	152	40.9	40	10.9
Item 12	6	1.6	105	28.2	176	47.3	85	22.8
Item 13	38	10.2	192	51.6	114	30.6	28	7.5
Item 14	34	9.1	139	37.4	135	36.3	64	17.2
Item 15	49	13.2	208	55.9	95	25.5	20	5.4
Item 16	29	7.8	200	53.8	121	32.5	22	5.9
Item 17	17	4.6	130	34.9	167	44.9	58	15.6
Item 18	6	1.6	99	26.6	185	49.7	82	22.0
Item 19	6	1.6	113	30.4	200	53.8	53	14.2
Item 20	13	3.5	163	43.8	171	46.0	25	6.7
Item 21	9	2.4	90	24.2	212	57.0	61	16.4
Item 22	8	2.2	100	26.9	207	55.6	57	15.3
Item 23	18	4.8	159	42.7	152	40.9	43	11.6
Item 24	5	1.3	127	34.1	199	53.5	41	11.0
Item 25	7	1.9	119	32.0	198	53.2	48	12.9
Item 26	6	1.6	113	30.4	212	57.0	41	11.0
Item 27	14	3.8	167	44.9	109	29.3	82	22.0
Item 28	77	20.7	195	52.4	80	21.5	20	5.4
Item 39	33	8.9	194	52.2	123	33.1	22	5.9
Item 30	32	8.6	159	42.7	140	37.6	41	11.0
Item 31	24	6.5	183	49.2	136	36.6	29	7.8
Item 32	41	11.0	185	49.7	124	33.3	22	5.9
Item 33	33	8.9	186	50.0	126	33.9	27	7.3
Item 34	18	4.8	91	24.5	136	36.6	127	34.1
Item 35	10	2.7	112	30.1	185	49.7	65	17.5
Item 36	14	3.8	132	35.5	186	50.0	40	10.8
Item 37	16	4.3	128	34.4	147	39.5	81	21.8
Item 38	9	2.4	112	30.1	167	44.9	84	22.6
Item 39	9	2.4	117	31.5	186	50.0	60	16.1
Item 40	5	1.3	59	15.9	190	51.1	118	31.7
Item 41	4	1.1	65	17.5	197	53.0	106	28.5
Item 42	101	27.2	180	48.4	78	21.0	13	3.5
Item 43	35	9.4	167	44.9	145	39.0	25	6.7
Item 44	22	5.9	153	41.1	154	41.4	43	11.6
Item 45	57	15.3	192	51.6	104	28.0	19	5.1
Item 46	76	20.4	205	55.1	73	19.6	18	4.8
Item 47	41	11.0	215	57.8	99	26.6	17	4.6
Item 48	65	17.5	188	50.5	100	26.9	19	5.1
Global	2054	11.5	7181	40.2	6508	36.5	2113	11.8

IAEF	Nada importante		Pouco importante		Importante		Muito importante	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Item 1	2	0.5	7	1.9	167	44.9	196	52.7
Item 2	1	0.3	6	1.6	175	47.0	190	51.1
Item 3	2	0.5	9	2.4	219	58.9	142	38.2
Item 4	0	0.0	21	5.6	217	58.3	134	36.0
Item 5	1	0.3	31	8.3	222	59.7	118	31.7
Item 6	1	0.3	5	1.3	133	35.8	233	62.6
Item 7	0	0.0	17	4.6	210	56.5	145	39.0
Item 8	1	0.3	22	5.9	233	62.6	116	31.2
Item 9	0	0.0	3	0.8	146	39.2	223	59.9
Item 10	1	0.3	4	1.1	151	40.6	216	58.1
Item 11	0	0.0	7	1.9	156	41.9	209	56.2
Item 12	1	0.3	5	1.3	154	41.4	212	57.0
Item 13	0	0.0	13	3.5	181	48.7	178	47.8
Item 14	0	0.0	8	2.2	178	47.8	186	50.0
Item 15	1	0.3	9	2.4	242	65.1	120	32.3
Item 16	0	0.0	15	4.0	219	58.9	138	37.1
Item 17	0	0.0	11	3.0	201	54.0	160	43.0
Item 18	0	0.0	4	1.1	164	44.1	204	54.8
Item 19	1	0.3	4	1.1	181	48.7	186	50.0
Item 20	1	0.3	9	2.4	205	55.1	157	42.2
Item 21	1	0.3	0	0.0	145	39.0	226	60.8
Item 22	1	0.3	1	0.3	155	41.7	215	57.8
Item 23	0	0.0	2	0.5	177	47.6	193	51.9
Item 24	0	0.0	3	0.8	169	45.4	200	53.8
Item 25	0	0.0	3	0.8	162	43.5	207	55.6
Item 26	0	0.0	0	0.0	155	41.7	217	58.3
Item 27	0	0.0	1	0.3	120	32.3	251	67.5
Item 28	1	0.3	7	1.9	203	54.6	161	43.3
Item 39	0	0.0	4	1.1	178	47.8	190	51.1
Item 30	1	0.3	1	0.3	163	43.8	207	55.6
Item 31	0	0.0	3	0.8	184	49.5	185	49.7
Item 32	0	0.0	4	1.1	185	49.7	183	49.2
Item 33	1	0.3	0	0.0	178	47.8	193	51.9
Item 34	0	0.0	3	0.8	151	40.6	218	58.6
Item 35	1	0.3	1	0.3	131	35.2	239	64.2
Item 36	0	0.0	8	2.2	204	54.8	160	43.0
Item 37	1	0.3	2	0.5	143	38.4	226	60.8
Item 38	2	0.5	5	1.3	150	40.3	215	57.8
Item 39	0	0.0	10	2.7	191	51.3	171	46.0
Item 40	0	0.0	1	0.3	149	40.1	222	59.7
Item 41	0	0.0	2	0.5	129	34.7	241	64.8
Item 42	1	0.3	2	0.5	166	44.6	203	54.6
Item 43	1	0.3	2	0.5	177	47.6	192	51.6
Item 44	0	0.0	3	0.8	176	47.3	193	51.9
Item 45	1	0.3	3	0.8	195	52.4	173	46.5
Item 46	0	0.0	6	1.6	171	46.0	195	52.4
Item 47	1	0.3	10	2.7	212	57.0	149	40.1
Item 48	0	0.0	8	2.2	207	55.6	157	42.2
Global	26	0.1	305	1.7	8480	47.5	9045	50.7

