



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

**Impacto do Modelo de Calgary na Capacitação Familiar: Perspetiva da  
Enfermagem de Saúde Familiar**

**Nome Rui de Oliveira Pires Monteiro**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor José Carlos Gomes

Leiria, setembro de 2019

## AGRADECIMENTOS

*Ao meu pai, muito especialmente.*

*À minha mãe, pelo carinho.*

*À minha mulher e ao meu filho, essencialmente por terem sido capazes de gerir um processo de trabalho árduo que não lhes dizia respeito diretamente. Por todo o apoio, paciência, disponibilidade. Pelo amor que sempre transmitiram durante este tempo.*

*Ao meu orientador, Professor Doutor José Carlos Gomes, pelo apoio e dedicação, incansáveis, que colocou neste trabalho e sem os quais não teria sido, de todo, possível levar a bom porto este estudo.*

*A todos eles o meu muito obrigado*

## RESUMO

Segundo Hanson & Kaakinen (2005) cada sistema familiar apresenta características num determinado momento com o intuito de manter o equilíbrio funcional. Para melhor responder às exigências e movimentos de mudança a família não deve manter o mesmo funcionamento.

O presente estudo propôs-se perceber em que medida a implementação de uma consulta de enfermagem familiar estruturada, baseada no Modelo de Calagary, aliado ao Modelo Circumplexo de Olson, influi na capacitação familiar.

O estudo, caracterizado como quantitativo, descritivo e inferencial, do tipo pré-teste, pós-teste com grupo de controlo, envolveu 26 famílias.

A implementação de uma consulta de enfermagem estruturada, tendo por base os constructos referidos anteriormente, permitiu potenciar a capacitação das potencialidades familiares e, subsequentemente, promover a resiliência familiar, pelo melhoramento funcional ao nível das dimensões coesão e adaptabilidade familiares.

### **Palavras chave**

Adaptabilidade e Coesão Familiares, Capacitação, Enfermagem de Saúde Familiar, Família

## ABSTRACT

According to Hanson & Kaakinen (2005) each family system presents characteristics at a certain moment in order to maintain functional balance. To better respond to the demands and movements of change, the family should not maintain the same functioning all the time.

The present study aimed to understand to what extent the implementation of a structured family nursing consultation, based on the Calgary Model, combined with the Olson Circumplex Model, influences family empowerment.

The study, characterized as quantitative, descriptive and inferential, as pretest, posttest with control group, involved 26 families.

The implementation of a structured nursing consultation, based on the aforementioned constructs, allowed the empowerment of family potentialities and, subsequently, to promote family resilience through functional improvement of cohesion and family adaptability.

### **Keywords**

Empowerment, Family, Family Adaptability and Cohesion, Family Health Nursing

# ÍNDICE GERAL

Agradecimentos .....	ii
Resumo .....	iii
Abstract .....	iv
Índice Geral .....	v
Índice de Figuras .....	viii
Índice de Tabelas .....	ix
I. Introdução .....	11
II. Enquadramento Teórico: Família, Saúde e Enfermagem .....	14
II.I. Família como Unidade Sistémica .....	14
II.II. Saúde Familiar .....	20
II.III. Enfermagem de Saúde Familiar .....	22
II.IV. Enfermeiro de Família .....	26
II.V. Cuidados de Saúde Primários e a Promoção da Saúde .....	29
II.VI. Cuidados de Saúde Primários em Portugal .....	36
II.VIII. A Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários .....	39
II.IX. Enfermagem e gestão de caso .....	42
II.X. Processo de Enfermagem à Família .....	47
II.XI. Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais de Olson e Gorall .....	51
II.XII. Modelo de Calgary de Avaliação da Família de Wright e Leahey (MCAF).....	53

II.XIII. Tipologias familiares .....	54
III. Metodologia .....	57
III.I. Objetivos Gerais .....	57
III.II. Objetivos Específicos .....	57
III.III. Tipologia e descrição operacional do estudo .....	58
III.IV. Procedimentos de recolha de dados e questões éticas .....	59
III.V. Caracterização da amostra .....	60
IV. Resultados .....	65
IV.I. Propriedades Psicométricas do instrumento FACES III .....	77
IV.II. Questionário desenvolvido pela equipa de investigação .....	80
IV.III. Comparativo entre o 1º e 2º momento de aplicação do questionário .....	84
V. Discussão dos Resultados .....	88
V.I. Caracterização da amostra .....	88
V.II. Tipologias familiares .....	89
V.III. Coesão e adaptabilidade familiares .....	90
V.IV. Questionário desenvolvido pela equipa de investigação .....	92
VI. Conclusões e Limitações do Estudo .....	94
VII. Referências Bibliográficas .....	99

Anexos

Anexo I - Tabela XIII - Consistência interna das dimensões do FACES III e respetivos itens, no 1º momento de aplicação da escala (N = 26)

Anexo II - Tabela XIV - Consistência interna das dimensões do FACES III e respetivos itens, no 2º momento de aplicação da escala (N = 26)

Anexo III - Tabela XV - Resultados obtidos pela aplicação do questionário desenvolvido pela equipa de investigação, relativos ao grupo experimental, no 1º momento (N = 13), frequências absolutas

Anexo IV - Tabela XVI - Resultados obtidos pela aplicação do questionário desenvolvido pela equipa de investigação, relativos ao grupo de controlo, no 1º momento (N = 13), frequências absolutas

Anexo V - Tabela XVII - Resultados obtidos pela aplicação do questionário desenvolvido pela equipa de investigação, relativos ao grupo experimental, no 2º momento (N = 13), frequências absolutas

Anexo VI - Resultados obtidos pela aplicação do questionário desenvolvido pela equipa de investigação, relativos ao grupo de controlo, no 2º momento (N = 13), frequências absolutas

Anexo VII - Escala de Graffar, adaptada de Amaro (2001)

Anexo VIII – Consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Anexo IX - Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano e autorização de aplicação do estudo, por parte do Ex.mo Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Dr. João Moura Reis

Anexo X - Escala FACES III

Anexo XI - Questionário desenvolvido pela equipa de investigação

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I. Desenho do Estudo .....	58
-----------------------------------	----

# ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Papéis do gestor de caso. Adaptado a partir de: Cary (1998), Lewellyn e Moreo (2001) in Stanhope e Lancarter (2011) .....	44
Tabela II - Caracterização da amostra, segundo a classificação de Graffar, no global, atendendo às medidas estatísticas: média, mediana, moda, variância, desvio padrão e frequência absoluta .....	66
Tabela III - Caracterização da amostra, perspetivando a classificação de Hêrnani Cainço, Pedro Bairrada, Esther Rodrigues, Armando Carvalho (2010), no global, atendendo à medida estatística: frequência absoluta. Observam-se os valores de frequência absoluta na totalidade da amostra, bem como nos dois grupos de estudo: experimental e de controlo.....	67
Tabela IV - Caracterização da amostra, segundo a classificação de Graffar, do grupo experimental, atendendo às medidas estatísticas: média, mediana, moda, variância, desvio padrão e frequência absoluta .....	68
Tabela V - Caracterização da amostra, segundo a classificação de Graffar, do grupo de controlo, atendendo às medidas estatísticas: média, mediana, moda, variância, desvio padrão e frequência absoluta .....	69
Tabela VI - Descritivos de Adaptabilidade de Coesão familiar, grupo experimental (N = 13), 1º e 2º momento. Teste dos postos sinalizados e Wilcoxon de amostras relacionadas.....	71
Tabela VII.- Correlação entre a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar, grupo experimental (N = 13), 1º e 2º momento .....	72
Tabela VIII - Descritivos de Adaptabilidade de Coesão familiar, grupo de controlo (N = 13), 1º e 2º momento. Teste dos postos sinalizados e Wilcoxon de amostras relacionadas.....	74
Tabela IX.- Correlação entre a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar, grupo de controlo, 1º e 2º momento (N = 13) .....	75

Tabela X - Categorias coesão e adaptabilidade familiares do grupo experimental nos dois momentos de avaliação (N = 13) .....	76
Tabela XI - Categorias coesão e adaptabilidade familiares do grupo de controlo nos dois momentos de avaliação (N = 13) .....	77
Tabela XII - Consistência interna para as dimensões coesão e adaptabilidade familiares, para a totalidade da amostra, 1º e 2º momento (N = 26) .....	79

## I. INTRODUÇÃO

A enfermagem de saúde familiar e a sua recente concetualização legislativa, assente em modelos teóricos constitutivos de um saber distinto, foi tomando forma e ao mesmo tempo ganhando espaço numa enfermagem contemporânea, procurando ir ao encontro das necessidades familiares. Porque distinta na abordagem, foi também capaz de introduzir novos saberes potenciadores de uma praxis clínica em consonância com as atuais realidades familiares.

Em Portugal é uma realidade recente, em construção e, portanto, merecedora de aprofundada reflexão nas diversas dimensões que se lhe queiram descortinar. Pode, e talvez se deva perspetivar a enfermagem de saúde familiar quanto ao percurso já desenvolvido, mas também e fundamentalmente, quanto ao percurso que se pretende desenvolver.

No início dos anos 80, na literatura norte-americana, encontram-se as primeiras referências bibliográficas dedicadas à enfermagem de saúde familiar. É após a Conferência Internacional de Enfermagem de Família que teve lugar em Calgary, Alberta, Canadá, em 1988, que os textos académicos começam a surgir noutros lugares do mundo (Santos, M., 2012).

Desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey, o Modelo de Calgary apresenta uma estrutura multidimensional, integrada. Enraíza-se conceptualmente na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança. É claramente influenciada pelo pós-modernismo, caracterizado pela decadência das grandes narrativas totalizantes, e pela biologia da cognição. Avalia, transversalmente, a estrutura, o desenvolvimento e o funcionamento familiares. O Internacional Council of Nurses reconhece este modelo como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (Schober e Affara, 2001).

A primeira referência legal ao enfermeiro de família, em Portugal, surge com a regulamentação das Unidades de Saúde Familiar no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, que veio consagrar a prática do enfermeiro de família, ao ser atribuído a cada enfermeiro 300 a 400 famílias por determinada área geográfica.

As políticas que foram surgindo e que levaram ao reconhecimento legislativo do enfermeiro de família, tiveram por base momentos chave na redefinição dos cuidados de saúde. Devem considerar-se as principais conferências internacionais da Organização Mundial de Saúde desde a década de 1970: Saúde para todos no ano 2000 (1977); Declaração de Alma-Ata (1978); Carta de Ottawa (1986); Declaração de Adelaide (1988); Declaração de Sundsvall (1991); Declaração de Jacarta (1997); Declaração do México (2000); Carta de Bangucoque (2005).

Na opinião de Loureiro, I; Miranda, N e Miguel, J (2013), quando o objetivo é constituir a mudança como oportunidade de capacitação e de construção de resiliência à adversidade, urge salientar a Investigação Participada de Base Comunitária, na perspectiva de que os membros da comunidade são parte ativa na investigação e, como tal, potenciam o seu próprio desenvolvimento.

Sinteticamente, o Modelo Circumplexo constitui a base teórica da FACES (Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar). O modelo descreve diferentes tipos de famílias, tendo em consideração aspetos chave do funcionamento familiar – coesão e adaptabilidade. A comunicação também é considerada como um elemento facilitador das duas dimensões centrais (Falceto, 1997).

A gestão de caso procura evitar a fragmentação de cuidados disponíveis, permitindo, através de uma equipa de saúde, responsável pelo processo clínico, um acompanhamento da evolução da situação identificada.

O gestor de caso, pela sua prática clínica, deve concorrer para que se consigam obter ganhos em saúde, pela cooperação, para o desenvolvimento e melhoria da eficácia das políticas de saúde (Lopes, 2012).

Em 2005, com o início da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, e, portanto, com os centros de saúde de terceira geração, pelo Decreto-Lei nº 88/2005, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar, com o intuito de servirem de matriz organizativa dos cuidados de saúde primários.

Como conceitos centrais deste projeto desenvolvem-se as seguintes ideias chave: enfermagem de saúde familiar; Modelo de Calgary de Wright e Leahey; Modelo

Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais de Olson; gestão de caso; unidades de saúde familiar.

Partindo destes conceitos chave para o desenvolvimento de uma linha orientadora de investigação, surgiram as seguintes questões de investigação:

- A metodologia de gestão de caso, alicerçada no Modelo de Calgary perspetivando o Modelo Circumplexo de Olson e Gorall, aplicada à enfermagem de saúde familiar, é efetiva?
- Quais os ganhos em saúde percebidos, pela aplicação desta metodologia, pelas famílias?
- Quais os potenciais ganhos em saúde para o Serviço Nacional de Saúde?

Quanto à organização da dissertação:

- Enquadramento teórico em que se abordarão constructos e modelos teóricos, que focam a família como unidade sistémica, nomeadamente: saúde familiar; enfermagem de saúde familiar; enfermeiro de família; perspetiva histórico-evolutiva dos cuidados de saúde primários a nível global e em Portugal; enfermagem e gestão de caso; enfermagem e os cuidados de saúde primários; Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais de Olson; Modelo de Calgary de Avaliação da Família de Wright e Leahey (MCAF); tipologias familiares;
- Na metodologia caracteriza-se o tipo de estudo, a amostra populacional e os processos metodológicos;
- Resultados obtidos;
- Finalmente apresentam-se as principais conclusões e discussão dos resultados, bem como as limitações encontradas no estudo.

## II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### FAMÍLIA, SAÚDE E ENFERMAGEM

#### II.I Família como Unidade Sistémica

É na primeira metade do século XX, verificando-se um sobre investimento na família nuclear e assistindo-se, também, ao desenvolvimento de novas abordagens aos fenómenos psicopatológicos, que a relevância do meio se assume de extraordinária importância na compreensão da psicopatologia, evidenciando-se a família como dimensão fundamental para a intervenção com pacientes esquizofrénicos.

Novas formas de intervenção psicoterapêutica (terapias de grupo e o psicodrama); o aparecimento de uma corrente ligada à antipsiquiatria como novo conceito ligado à saúde mental; uma mudança gradual de paradigma em que se passa do estudo da coisa em si mesma para o estudo das relações entre coisas e situações e da passagem ao estudo de uma disciplina para a interdisciplinaridade, constituem-se como acontecimentos propiciadores ao aparecimento da teoria sistémica.

Nas ciências sociais passa-se do estudo do indivíduo isolado para o estudo das relações entre este o meio. Assiste-se a uma progressiva focalização na vida familiar, elegendo como unidade de análise as relações interpessoais. O objeto de tratamento move-se do indivíduo, na sua dimensão intrapsíquica, para a família.

Este é o contexto teórico e clínico potenciador do aparecimento da teoria sistémica.

O modelo sistémico preocupa-se com a interdependência entre unidades opostas, entre o facto e o seu contexto, a doença e a saúde, a parte e o todo, o marginal e o normal, o indivíduo e a coletividade.

Pode afirmar-se que a família começa a ser vista como unidade sistémica, enquanto modelo teórico, a partir da Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida por Ludwig Von Bertalanffy em 1977, onde o autor desenvolve um conjunto de princípios válidos para diferentes sistemas, independentemente da sua natureza biológica ou social.

Sistema, na opinião de Von Bertalanffy (2008), representa um conjunto de unidades em inter-relações mútuas, que incluem, simultaneamente, função e estrutura. Morin (1977)

considera que sistema representa uma unidade global organizada por inter-relações entre elementos, ações ou indivíduos. Segundo Le Moigne (1996) um sistema é qualquer coisa, que inserida em qualquer coisa, para qualquer coisa, faz qualquer coisa, para qualquer coisa, que se transforma no tempo.

Na Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy (2008) são apontadas as propriedades de um sistema: totalidade, equifinalidade, retroação e organização, conceitos chave para a enfermagem de saúde familiar.

O primeiro axioma sistêmico diz-nos que o todo é mais do que a soma das suas partes. Este princípio de totalidade apresenta dois corolários: o da não somatividade, isto é, não se pode reduzir o sistema à soma dos seus elementos nem dos seus atributos ou características; e o da impossibilidade de estabelecimento de relações unilaterais, ou seja, o comportamento de cada um dos elementos é indissociável do comportamento dos restantes, sendo que qualquer acontecimento afeta o sistema no seu conjunto, tanto a nível individual como das relações do sistema.

O princípio da totalidade releva que sendo o sistema um todo, ele não pode ser reduzido a regras simples, correndo o risco de se cair no reducionismo sistêmico, onde a individualidade do sistema desaparece. O sistema é um todo irreduzível às suas partes (Bertalanffy, 2008).

O princípio da equifinalidade refere que o mesmo objetivo pode ser atingido a partir de condições iniciais diferentes ou mediante percursos diferentes. A condições iniciais idênticas podem corresponder resultados diferentes e vice-versa, dado que as interações do sistema e a sua evolução são fundamentais para o processo que se organiza em torno de uma finalidade. (Bertalanffy, 2008).

O princípio da retroação explica que o comportamento de um elemento não é suficiente para explicar o comportamento de um outro elemento e vice-versa. Para compreender o comportamento de um dado elemento do sistema é necessário ter uma visão circular das interações que se desenrolam em seu redor, considerando os contextos em que estes acontecem e que colaboram para a construção de um dado resultado final.

O princípio que se refere à organização sistêmica, diz respeito à disposição das relações entre componentes ou indivíduos, que produz uma unidade complexa ou sistema,

dotado de qualidades desconhecidas ao nível dos componentes ou indivíduos (Morin, 1977). A organização sistémica alude ao arranjo de relações entre componentes ou indivíduos, arranjo esse que produz uma nova unidade com qualidades inexistentes nos seus elementos.

Bertalanffy (2008) distingue também sistemas fechados e sistemas abertos, caracterizando-se os primeiros pela entropia, o caos, a simplicidade, a homogeneidade, o determinismo e a causalidade linear. Nos sistemas abertos há interação dinâmica entre os seus componentes, caracterizando-se pelas interações com o exterior, mantendo-se afastados do equilíbrio, num estado estacionário de fluxo e mudança contínuas (Figueiredo, 2012).

Kaakinen & Hanson (2005), perspetivando esta abordagem sistémica, opinam que a aplicação desta teoria à família foi a mais influente entre todos os referenciais teóricos que lhe foram dedicados.

Outros conceitos, que parecem úteis desenvolver, como forma de entendimento da unidade familiar como unidade sistémica, são os de subsistemas familiares e limites ou fronteiras, que permitem explicar quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde (Relvas, 1999).

Na opinião de Maturana (2005), o sistema familiar é constituído por um conjunto de subsistemas autónomos, pertencente, ele próprio, a suprasistemas mais amplos (família alargada, bairro, comunidade religiosa, sociedade, entre outros). Os subsistemas que compõem o sistema familiar são: o individual, o conjugal, o parental e o fraternal, com funções e papéis dentro e fora do sistema familiar, traduzindo o princípio hologramático do sistema.

O subsistema individual constitui-se pelo próprio indivíduo, abrangendo os determinantes individuais que vão para além da sua dimensão familiar (Minuchin & Fishman, 1990).

O subsistema conjugal é constituído pelo casal, estabelecendo-se como modelo relacional na expressão da efetividade e gestão de conflitos (Relvas, 2003). As suas principais tarefas prendem-se com a complementaridade e acomodação mútua (Minuchin & Fishman, 1990). A gestão das tensões exteriores, pela promoção da

aprendizagem, criatividade e crescimento dos seus elementos, por meio do apoio emocional, é também uma importante função inerente a este subsistema.

Pode afirmar-se, segundo Giddens, (1993), que a conjugalidade permite a validação da identidade, através de processos de legitimação e descoberta do outro, concretizada pela função mútua de ajuda relacional. O espaço conjugal constitui-se como recurso face às exigências externas (Minuchin, 1990).

Com o passar do tempo, papéis e funções deste subsistema, vão sofrendo alterações relacionadas com a fase do ciclo vital que a família atravessa. Se por um lado, numa fase inicial, existe uma relação fusional, ela vai-se transformando e, por exemplo, com o nascimento do primeiro filho, a nova função de parentalidade começa a enformar-se, por forma a dar resposta às novas exigências do ciclo vital (Relvas, 1996; Hanson, 2005).

O subsistema parental tem objetivos relacionados com a educação e proteção dos filhos, podendo incluir outros elementos para além dos pais (Relvas, 2003). A parentalidade integra ações e interações por parte dos pais, envolvendo o desenvolvimento da criança e a aquisição de competências, bem como da identidade parental. Constituindo os comportamentos parentais, estas ações incluem os cuidados físicos, mas também os afetivos (Bowlby, 1990).

O subsistema fraternal é constituído pela fratria, pelos irmãos ou irmãs, representando o primeiro espaço de socialização. É neste subsistema que as crianças começam a desenvolver relações entre iguais, potenciando a negociação e cooperação e, subsequentemente, o desenvolvimento de padrões interacionais, essenciais aquando o ingresso em grupos extrafamiliares (escola) (Relvas, 2003).

Para o funcionamento dos subsistemas é necessária a existência de limites ou fronteiras, entre os diferentes subsistemas familiares e entre os suprassistemas, obedecendo ao princípio da permeabilidade, que permite as trocas de informação com o meio.

Minuchin (1990) define-os como rígidos, claros ou difusos, como forma de caracterizar e tipificar as famílias. Os limites rígidos caracterizam-se pela definição clara dos papéis de cada um, não existindo flexibilidade. Os limites claros caracterizam-se pela definição

clara dos papéis de cada um, existindo flexibilidade. Os limites difusos caracterizam-se pela não definição clara dos papéis de cada um, na família, e pela intromissão de papéis.

Associada à noção de limites introduzida por Minuchin, deve estar o conceito de permeabilidade (Barker, 2000). Um subsistema caracterizar-se-á como impermeável, permeável e semipermeável. Impermeável quando se verifica um grande isolamento, dificultando a comunicação e compreensão mútuas, impedindo a interação com o meio envolvente. Permeável quando se assiste a uma grande suscetibilidade a acontecimentos e mudanças externas, fazendo com que o sistema ou subsistema perca a sua individualidade e integridade. Semipermeável quando se verifica a diferenciação dos subsistemas através da troca de alguns aspetos, promovendo a integridade sistémica.

Segundo Minuchin e Fishman (2003) as famílias emaranhadas caracterizam-se por apresentarem limites difusos, muito viradas para dentro, num movimento centrípeto. As famílias desmembradas apresentam limites rígidos, onde não há lugar ao apoio, comunicação e afeto. Num compromisso funcional e equilibrado, as famílias meio termo, são caracterizadas por limites claros, onde se assiste à negociação de papéis, em respeito pela autonomia e individualidade do outro, promovendo a interação e apoio entre os membros familiares.

As noções de limites ou fronteiras, apresentadas por estes autores, bem como a noção de permeabilidade ou coesão familiar, não pretendem categorizar as famílias quanto à sua qualidade funcional. Antes permitem determinar o funcionamento familiar num dado momento associado, ao ciclo vital pelo qual a família está a passar.

De acordo com Hanson & Kaakinen (2005) cada sistema familiar apresenta características num determinado momento com o intuito de manter o equilíbrio funcional. A família está em constante mudança acompanhando a informação que vem do exterior e que, portanto, a insta a adaptar-se às informações que vão sendo introduzidas. Para melhor responder às exigências e movimentos de mudança a família não deve manter o mesmo funcionamento. A diferentes contextos de mudança deve adaptar-se, para que lhes possa dar a melhor resposta possível.

Na ótica de Minuchin e Fishman (2003) as crises familiares normativas e, portanto, esperadas, mas também as acidentais, podem representar oportunidade de evolução do

sistema familiar ou risco. Oportunidade porque, através de estratégias de adaptação podem levar a que a família evolua para um novo estado de equilíbrio, tornando-se mais capaz de lidar com futuras mudanças. Risco porque, perante a adversidade, incapaz de dar resposta a elementos stressores, aliado ao fator incerteza, característico do que não se conhece, pode levar a que a família não seja capaz de se adaptar e, em última análise, levar à sua desagregação. Para que a família consiga evoluir, para estádios de funcionamento mais favoráveis, os padrões comunicacionais devem ser circulares e não lineares, permitindo que o sistema familiar aumente a sua complexidade ao longo do tempo, promovendo o seu crescimento por indiferenciação (Hanson & Kaakinen, 2005).

A bibliografia consultada revela que, independentemente do enquadramento legal, institucional ou do conhecimento, o conceito de família remete para uma realidade dinâmica ancestral, enformando-se como célula base da sociedade desde os tempos mais remotos da humanidade. O indivíduo forma-se, enquanto sujeito, enquanto pessoa, ao longo do tempo, na família.

Sendo a família parte de sistemas mais vastos, também ela evoluiu ao longo do tempo, tendo mantido umas funções, ganho outras e perdido outras, reforçando o seu carácter dinâmico e adaptativo (Friedman, Bowden e Jones, 2003; Hanson, 2005).

Parece importante salientar que, atualmente, as famílias constituem-se mais por razões afetivas e emocionais e não tanto por razões de ordem básica (Hanson, 2005).

O *Internacional Council of Nurses* entende que a família é um conjunto de pessoas vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, constituída por membros ligados por consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas importantes para o utente. Desta forma, a família é vista para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, que constituem as partes do grupo (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2006, p. 65).

## **II.II Saúde Familiar**

O conceito de saúde familiar está associado à capacidade da família em mobilizar os seus recursos de coping, face a situações de doença de um dos seus membros, essencialmente os recursos de natureza relacional e afetiva (Carter & McGoldrick, 1995; Hanson, 2005).

A enfermagem de saúde familiar é uma área específica da enfermagem que tem vindo a ser objeto de estudo por diferentes autores, assente em diferentes, mas complementares perspetivas conceptuais, tendo-se assistido a uma grande variedade de práticas clínicas, desenvolvidas com as famílias, procurando colmatar necessidades em saúde, reais ou sentidas, bem como a um aumento gradual da investigação e inclusão dos assuntos das famílias nos currícula académicos (Hanson et al, 2005).

A saúde familiar representa a soma dos estados de saúde dos membros que a compõem, ou seja, refere-se à prevalência e incidência de doenças na família. A saúde familiar interrelaciona-se com o funcionamento familiar como agente social primário, pelo que o seu melhor ou pior funcionamento é um fator dinâmico que influi na conservação da saúde ou no aparecimento de doença.

Quando a família deixa de ser capaz de mobilizar mecanismos de coping adequados para lidar com a adversidade, designa-se família disfuncional (Ahumada & Cochoy, 2008).

Associados à capacidade de adaptação da família, perante situações de doença de um dos seus membros, McCubin (1993) aponta alguns fatores: a natureza da doença e a sua duração; papéis sociais e familiares do membro com doença; o nível socioeconómico da família, bem como a fase do ciclo vital em que esta se encontra.

Para além da capacidade adaptativa do sistema familiar como componente de promoção da saúde familiar, as suas capacidades de aprendizagem e desenvolvimento constituem-se, de acordo com Friedman (1998), como dimensões essenciais na manutenção ou melhoria do funcionamento familiar presente e futuro, face a alterações dos processos de saúde da família. Os processos de formação de identidade, processamento de informação e a estruturação de papéis, são aspetos que contribuem para o desenvolvimento dessas capacidades, bem como os processos de comunicação e

cooperação que promovem o desenvolvimento da manutenção de rotinas de saúde individuais e familiares (Gilliss, Highley, Roberts, Martinson, in Figueiredo, 2012).

Dias (2001) define a adaptação familiar como as formas utilizadas pelo sistema como forma de dar resposta aos seus objetivos. Não são unicamente os recursos familiares os fatores determinantes para a adaptação familiar, mas, isso sim, a capacidade que a família dispõe para mobilizar estes recursos.

A coesão, flexibilidade, adaptabilidade, o padrão comunicacional familiar, bem como a capacidade para desenvolver e manter uma rede social, funcionam como recursos que permitem ultrapassar crises com sucesso, sendo elementos facilitadores do processo de adaptação familiar (Figueiredo, 2012). Independentemente da situação que esteja a gerar stress familiar, as estratégias de adaptação selecionadas pela família dependem dos recursos internos de que dispõem, bem como da sua capacidade para mobilizar e solicitar ajuda externa (Delage, 2008).

McCubbin (1993) define o coping familiar como sendo

*“um conjunto de estratégias, padrões e comportamentos familiares concebidos para manter ou fortalecer a família como um todo, manter a estabilidade emocional e o bem-estar dos seus membros, obter ou usar os recursos da família e da comunidade para lidar com a situação e encetar esforços para resolver as necessidades da família criadas por um fator de tensão”.*

O conceito de resiliência aparece intimamente ligado ao sucesso perante situações de stress. Este conceito é reconhecido como uma qualidade sistémica, referindo-se aos processos de adaptação e coping familiar (Walsh, 2005).

Os determinantes da saúde familiar segundo Figueiredo (2012) integram aspetos relacionados com a mutualidade entre o estado de saúde dos seus membros, o estado de saúde das comunidades assim como fatores promotores da adaptação da família como unidade funcional, como elementos que evoluem numa interação recíproca e cumulativa.

Segundo Hanson (2005) saúde familiar deve ser vista como um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que inclui fatores biológicos, psicológicos, espirituais,

sociológicos e culturais do sistema familiar. Assim sendo, a saúde do indivíduo é afetada pela família e vice-versa.

Uma família saudável é potenciadora do crescimento e desenvolvimento dos seus membros, mantendo a coesão familiar, priorizando as necessidades básicas, identificando, valorizando e conciliando as diferenças, apresentando flexibilidade para a mudança e, perante uma crise normativa ou acidental, consegue funcionar por adaptação a uma nova realidade (Araújo e Santos, 2012).

Considerando estes aspetos fulcrais à saúde familiar, a enfermagem de saúde familiar reveste-se, potencialmente, de grande relevância como agente dinamizador dos processos de adaptação à mudança, que são o garante, ao seu funcionamento equilibrado.

### **II.III Enfermagem de Saúde Familiar**

O desenvolvimento desta disciplina em Portugal, para além de tardio, começa de forma muito tímida, nomeadamente com a introdução de uma disciplina intitulada “Intervenção na Família: uma perspetiva sistémica”, na Escola Superior de Enfermagem, da Região Autónoma da Madeira entre 1999 e 2007, mais concretamente no curso de complemento de formação dos enfermeiros. Com uma carga horária de 30 horas teórico-práticas, pretendia-se habilitar os enfermeiros a intervir com a família como unidade de cuidados. Desde 2001, os conteúdos relacionados com os cuidados de enfermagem à família integram o curriculum do curso de Licenciatura em Enfermagem. Nos primeiros três anos da Licenciatura a família é tida como contexto e ênfase no indivíduo, no último ano incide-se na família como unidade de cuidados (Santos, M., 2012).

A interação com as famílias acompanhou sempre a enfermagem. A enfermagem nasce em casa das pessoas, sendo evidente o potencial do sistema familiar como parceiro nos cuidados e como promotor da saúde dos seus subsistemas e, subsequentemente, da própria saúde familiar (Wright & Leahey, 2009).

Na opinião de Figueiredo (2008), o conceito de enfermagem de família surge porque os cuidados de enfermagem são prestados às famílias no contexto comunitário. Os enfermeiros acompanham as famílias ao longo de todo o seu ciclo vital e os objetivos

dos cuidados de enfermagem, conceptualizados com a família, é o de agenciar a mudança, ajudando a família na identificação e resolução dos seus problemas, procurando ir ao encontro de projetos de saúde significativos para a unidade familiar, pelo estabelecimento de uma praxis clínica colaborativa e integrativa.

Em 2005 Hanson refere que o conceito de família, nas diversas áreas do conhecimento, apresenta diferentes significações. Sob o ponto de vista legal, família representa aqueles que se relacionam por laços sanguíneos, adoção e casamento; ao nível biológico, refere-se à ligação genética; sociologicamente, família representa aqueles que vivem juntos e, ao nível da psicologia família refere-se aos elementos que estabelecem fortes laços emocionais entre si.

Segundo os teóricos Burgess e Locke (1953) ligados à ciência social da família, aos quais Hanson (2005) faz referência, a família é definida como um grupo de pessoas unidas por matrimónio, sangue ou adoção, constituindo-se num lar, interagindo entre si, desenvolvendo os seus papéis familiares de marido, mulher, pai, mãe, filho, filha, irmão, irmã, onde se desenvolve uma cultura em comum.

Esta perspetiva de família foi aceite e utilizada pela enfermagem durante largas décadas, sendo que só a partir dos anos 80 começam a surgir definições mais amplas sobre família, atendendo, também, ao acompanhar das mudanças sociais que já se vinham a fazer sentir, no que à constituição familiar diz respeito.

Apesar de existirem modelos onde a família é consagrada como determinante na saúde familiar, é só no final da década de 1970 e no início de 1980 que os enfermeiros, a par com outros profissionais de saúde, começaram a desenvolver uma prática sistemática dirigida à saúde da família (Burns, 2002).

Hanson, em 2005, aponta para a definição datada de 1985, do Departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde de Oregon que, em traços gerais define família como sendo um sistema social constituído por duas ou mais pessoas que coexistem dentro de um contexto que exija expectativas de afeição recíproca, responsabilidade mútua e duração temporária. Há, claramente, compromisso, tomada de decisão e partilha de objetivos.

Na opinião de Hanson, a enfermagem de família pode ter como objetivo “a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade” (2005, p.8). A estrutura conceitual da enfermagem de família considera estas quatro abordagens de observação da família, envolvendo, simultaneamente, o indivíduo, a família e a comunidade, perspectivando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde das famílias.

Considerando a evolução de determinados conceitos ligados a diferentes disciplinas do conhecimento, a enfermagem de saúde familiar, enquanto constructo de conhecimento próprio com percurso e competências diferenciadoras, recebe as suas influências principais de diferentes áreas académicas, tal como acontece com outras áreas do saber. Tem o seu fundamento teórico assente nas teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias da enfermagem. A integração destas teorias permitiu o desenvolvimento teórico, prático e de investigação em enfermagem de família.

A enfermagem de família reconhece o sistema familiar enquanto promotor da saúde dos seus membros. Potenciando o empoderamento da família, passa a estar envolvida na procura de soluções para os seus problemas, no planeamento e na execução das intervenções, desempenhando um papel pró-ativo, preponderante e capaz de conduzir ao bem-estar da unidade familiar, desenvolvendo estratégias de coping, com a família, capazes de solicitarem a autonomia familiar, permitindo a tomada de decisão esclarecida, estratégias essas que devem atender às necessidades inerentes ao ciclo vital familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Apesar destes desenvolvimentos e dos esforços envidados pela classe profissional, a família ainda é vista de forma fragmentada, em que os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar (Hanson, 2005).

Ao desenvolverem a sua prática à família como unidade a ser cuidada, os enfermeiros devem focalizar a sua atenção nas interações intra e extrafamiliares, procurando conhecer o processo de vida familiar, as transições e as crises que enfrentam, reconhecendo as suas fragilidades, fontes de stress, recursos e modos de cuidar (Elsen, Altholff e Manfrini, 2001).

Uma vez que o cuidado de enfermagem à família se centra na interação que se desenvolve entre enfermeiro e família, implica o estabelecimento de um processo gradual, interpessoal, significativo, mas também terapêutico (Figueiredo, 2012).

A relação terapêutica, dinâmica e recursiva é caracterizada pela criação de um contexto conversacional co evolutivo onde se torna possível a emergência de soluções promotoras de mudança, considerando as potencialidades familiares, respeitando a sua realidade, numa ótica polivocal e colaboracionista. O enfermeiro é, neste contexto terapêutico, um observador-participante no processo coevolutivo da mudança (Figueiredo, 2012).

Na opinião de Bell e Wright (2007) a intervenção de enfermagem representa qualquer ação, baseada no julgamento clínico e no conhecimento científico, que aporte mais valias de saúde para o utente/família.

As intervenções de enfermagem podem assumir uma forma direta, mais evidente, mas também indireta. Compreendem ações terapêuticas e respostas internas cognitivas e afetivas evidentes, que ocorrem num contexto de relacionamento entre enfermeiro e família/utente, almejando o funcionamento individual e familiar (Bell e Wright, 2007).

Segundo Wright e Leahey (2009), as intervenções de enfermagem são normalmente intencionais e conscientes, envolvendo comportamentos observáveis do enfermeiro. A intervenção de enfermagem deve ter como alvo de atenção o comportamento do enfermeiro bem como a resposta da família. Salienta-se que o comportamento dos enfermeiros e dos utentes/famílias são contextualizados numa relação terapêutica, ou seja, existe interação entre as intervenções e os resultados produzidos.

Qualquer intervenção de enfermagem, neste âmbito, deve enfatizar sempre, a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas, problemas estes identificados pelo enfermeiro de família, mas validados pela própria família, bem como o papel do enfermeiro como facilitador da co-construção dessas soluções (Figueiredo, 2012).

A validação dos problemas identificados pelo enfermeiro de família é de extraordinária importância essencialmente por duas ordens de razões. Por um lado, pelo estabelecimento de uma relação mútua de confiança que enfermeiro e família devem estabelecer. Por outro, porque a não validação dos problemas identificados pode estar

relacionada com o facto da família não sentir que tem esse problema ou que não o quer resolver agora.

Outro aspeto do trabalho da enfermagem com famílias relaciona-se com a dimensão temporal. Esta dimensão permite o estabelecimento de relações de confiança mútua e significativa, entre enfermeiro(a) e família, possibilitando a priorização de intervenções.

#### **II.IV Enfermeiro(a) de Família**

O papel do enfermeiro de família é claramente reconhecido pela produção de ganhos significativos em saúde, bem como pelo grau de satisfação de utentes, famílias e comunidades (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

Independentemente do seu contexto de atuação, é espectável que os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional orientando o seu foco de ação para a família, considerando a sua saúde global, desenvolvimento e a forma como contribui para a sociedade. Cuidar a família é um dos objetivos do Conselho Internacional de Enfermeiros, sendo que o contexto familiar possibilita a intervenção nas necessidades da unidade familiar e de cada um dos seus membros (Figueiredo, 2009).

A regulamentação introduzida pelo Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico e funcionamento das unidades de saúde familiares, no seu artigo 2 descreve “a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica”. (p. 5590).

Em junho de 2015, é aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, unanimemente, o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. Segundo este regulamento, os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos utentes, dos outros profissionais, do público em geral e dos políticos. Ainda segundo este documento, trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes (cf. Bednar, 1993), quer relativamente ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (Grimshaw & Russel, 1993) (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A 16 de julho de 2018, a Ordem dos Enfermeiros, pela produção do regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho, apresenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar (Diário da República n.º 135, 2018).

Nesta perspetiva, foram identificadas seis categorias de enunciados descritivos: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Evidencia-se o papel promissor do enfermeiro de família, quer pelo Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto, quer pelo Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho, como agente preponderante nos cuidados de saúde primários, através da enfermagem de família, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

A figura do enfermeiro de família tem vindo a ser criada nos sistemas de saúde de vários países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde, reforçando a importância dos contributos da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença, como é o caso de Espanha e Reino Unido, nos quais a figura do enfermeiro de família já foi estabelecida, trabalhando em cuidados primários juntamente com os demais profissionais de saúde e baseando-se no conhecimento do paciente no contexto da família e da comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto).

De salientar também, os contributos constitutivos referentes ao Regulamento n.º 126/201, aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária de dia 11 de Setembro de 2010, bem como em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010, publicado em Diário da República, 2.ª série, n.º 35 de 18 de setembro de 2011, que define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar, bem como descritivo, unidade de competência e critérios de avaliação, nas páginas 8860 a 8861

Mais recentemente, a Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária no dia 3 de janeiro de 2018, aprovou o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária – na área de

Enfermagem de Saúde Familiar, encontram-se plasmadas em Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, n.º 135 de 16 de julho de 2018, na página 19355, bem como descritivo, unidade de competência e critérios de avaliação, no anexo II do referido Diário da República.

O enfermeiro de família será, atendendo aos constructos desenvolvidos anteriormente, um elemento central nestes processos de reforma. Na Meta 15 do documento “Saúde Para Todos No Século XXI”, evidencia-se a necessidade de um setor da saúde mais integrado, com uma tónica mais forte nos cuidados de saúde primários, designando-se o enfermeiro de saúde familiar, o profissional de saúde responsável por proporcionar a um número limitado de famílias “(...) um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários.” (Organização Mundial de Saúde - Saúde XXI, 2003).

Imbuído deste contexto, o contributo dos enfermeiros para a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, assenta, naturalmente, numa lógica de colaboração com outros profissionais de saúde e de identificação dos diagnósticos de enfermagem, prescrição e implementação de intervenções centradas nas respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida.

A prática do enfermeiro é socialmente complexa e contraditória, permeada por mitos históricos que compõem o universo de símbolos e o imaginário que se tem da profissão (Pires, 2007), mas é possível distinguir o ‘saber como’ e o ‘saber que’: o primeiro reflete o domínio de uma habilidade, expressando o saber fazer; o segundo é um saber teórico, articulado através da linguagem (Benner, 2001).

Os enfermeiros que possuem cursos de pós-licenciatura ou formação especializada em enfermagem revelam atribuir maior importância às famílias (Silva, M.; Silva, M. M.; Costa, M., 2013). Resultados semelhantes foram encontrados também por Freitas (2009), predizendo que estes resultados podem estar relacionados com a inclusão de conteúdos sobre a família nos programas dos cursos de pós-licenciatura ou especialização em enfermagem. Evidências científicas resultantes da investigação de Oliveira et al. (2011), bem como também o estudo levado a cabo por Silva et al. (2013) revelam que enfermeiros detentores de mais formação em enfermagem de família atribuem maior importância às famílias nos cuidados prestados. A mais formação corresponderá uma perspetiva distinta das dimensões familiares.

A dimensão relacionada com o tempo de experiência em cuidados de saúde primários, é também indutora de uma visão mais alargada dos núcleos familiares, ao contrário do que se verifica com profissionais menos experientes (Benzein et al. 2008) e (Silva et al. 2013).

Swiadek (2009) concluiu que quanto mais conscientes estiverem os enfermeiros do papel profissional que podem conquistar, mais próximos ficam dos poderes institucionais para cuidar e, ao mesmo tempo, de quem é cuidado, conduzindo ao redimensionar das relações de trabalho e de autoridade partilhada, necessária aos processos participativos numa efetiva equipa multidisciplinar, onde se encontram inseridos.

## **II.V. Cuidados de Saúde Primários e a Promoção da Saúde**

O desenvolvimento dos cuidados de saúde primários ao nível global não representa, propriamente, uma realidade muito recente, pese embora as reestruturações a que se tem assistido, nomeadamente em Portugal, com as recentes constituições de unidades funcionais diferenciadoras na organização, estrutura e oferta de serviços.

A 30ª Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde em 1977, lançou o movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000” e, como marco inicial dessa programação, em setembro de 1978 foi organizada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão (Ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas). Assistida por mais de 700 participantes, dessa conferência resultou a elaboração da Declaração de Alma-Ata, um documento que reafirmou o significado de saúde como um direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria social.

A Declaração de Alma-Ata é a carta de intenções resultante da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários.

Os cuidados de saúde primários são definidos, nesta declaração, como os cuidados essenciais de saúde, prestados mediante o uso de métodos e técnicas práticos, cientificamente fundamentados e aceitáveis socialmente. Correspondem ao primeiro

nível de contacto com o sistema de saúde do país, devendo estar associados a sistemas de referência integrados e funcionais por forma a garantirem o acesso a cuidados de saúde por todos os cidadãos, principalmente aos mais necessitados. Com efeito, estes cuidados dever-se-ão pautar pela acessibilidade universal, equidade e justiça social.

Pelo facto de os cuidados de saúde primários serem prestados de modo continuado e próximo das populações, constituem-se como um pilar de segurança e autoconfiança das mesmas. Esta confiança sairá reforçada se se verificar a participação e envolvimento das comunidades no planeamento, gestão e prestação dos cuidados, sendo que para participar é fundamental que haja um investimento na educação dos indivíduos.

A Declaração de Alma-Ata foi um documento formulado por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (Ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), entre os dias 6 e 12 de setembro de 1978, na procura da promoção da saúde a todos os povos do mundo.

A Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978 considera, pela primeira vez, os Cuidados de Saúde Primários como pilar de sustentação dos Sistemas de Saúde, sendo os centros de saúde, as instituições vocacionadas para dar resposta às necessidades do utente/família, tendo por base os valores de justiça social, equidade, responsabilidade e acessibilidade universal.

Os Cuidados de Saúde Primários deverão ser integrados num sistema nacional de saúde, que por sua vez deverá atender à real situação do país e recursos de que dispõe, de forma a que este seja sustentável ao longo do tempo. Por conseguinte, os Cuidados de Saúde Primários, e sistema de saúde como um todo, são uma dependência e reflexo do nível de desenvolvimento de cada nação.

Os Cuidados de Saúde Primários procurarão responder às principais necessidades e problemas de saúde das populações, prestando serviços de proteção da saúde (ou prevenção da doença), cura e reabilitação. Para tal, disporá de equipas multi e interdisciplinares: médicos, enfermeiros, auxiliares, agentes comunitários e praticantes tradicionais, todos com formação apropriada ao tipo de cuidados que prestam.

Como áreas prioritárias de intervenção, os Cuidados de Saúde Primários teriam: a educação para a saúde; a nutrição apropriada; a qualidade da água e saneamento básico;

os cuidados de saúde materno-infantil (o que inclui o planeamento familiar); a imunização (dirigida às principais doenças endémicas); a prevenção e controlo de doenças endémicas; o tratamento de doenças e lesões comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais.

Na criação dos Cuidados de Saúde Primários, os governos têm um papel decisivo, competindo-lhes: a elaboração de políticas, estratégias e planos de ação; a coordenação dos vários sectores implícitos e interessados, bem como a mobilização e gestão racional dos recursos do país.

A Declaração de Alma-Ata apela ao "espírito de comunidade e serviço" entre as nações, pois a "saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países".

Encerra as suas recomendações e intenções com a convicção de que a Meta "Saúde para Todos no Ano 2000" se concretizaria se houvesse empenho, comprometimento e vontade política de todas as nações, associada a um melhor uso dos recursos mundiais, designadamente com fins pacíficos, de progresso e desenvolvimento socioeconómico. Salienta-se o papel fundamental dos Cuidados de Saúde Primários para a concretização desta audaciosa meta.

O contexto mundial, em termos de saúde, é de profundas desigualdades não só entre países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento, como também entre regiões de um mesmo país.

Com efeito, a Declaração de Alma-Ata reflete uma mentalidade sua contemporânea, vindo a reforçá-la pelo consenso de várias nações do globo, que gerou ações concretas e permitiram aquisições responsáveis por importantes ganhos em saúde.

Esta conferência surge decorrente do facto da saúde passar a ser olhada como um direito humano fundamental, correspondendo a um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade. A Organização Mundial de Saúde, em 1978, refere que quanto mais alto for o nível de saúde melhor a qualidade de vida dos indivíduos. Neste contexto a Organização Mundial de Saúde estabelece objetivos de "Saúde para todos em 2000", enfatizando a importância de desenvolver políticas de promoção e proteção da saúde, desenvolvendo a capacitação

dos indivíduos por forma a auto-responsabilizarem-se pela sua própria saúde, contribuindo para o contínuo desenvolvimento económico e social (International Council of Nurses, 2008).

Na Declaração de Alma-Ata assume-se que a saúde é um direito humano fundamental. Atingir o mais alto nível de saúde em todas as nações corresponderia à mais importante meta social a nível mundial. Para a atingir é necessária a ação conjunta de sectores para além do da saúde, como é o caso dos social e económico.

A saúde dos povos resulta de um conjunto de interdependências e reciprocidades: a paz mundial, o desenvolvimento socioeconómico e a qualidade de vida são apenas alguns dos fatores que contribuem para um elevado nível de saúde. Do mesmo modo, a saúde das populações é de decisiva importância para o progresso social e económico, para a obtenção e manutenção da paz mundial e da qualidade de vida das comunidades.

O envolvimento e participação das populações, nos processos de saúde, é visto como um direito e um dever, a serem exercidos individual e/ou coletivamente, influenciando o planeamento e prestação dos cuidados de saúde.

O desafio proposto pela Declaração de Alma-Ata apresenta-se sob a forma de Meta: "todos os povos, até ao ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita uma vida saudável e economicamente produtiva". Para tal, apela-se à responsabilidade de governos, organizações supranacionais e comunidade internacional por forma a implementarem ou colaborarem na implementação dos Cuidados de Saúde Primários, entendidos como elemento chave na obtenção da "Saúde para Todos".

A Carta de Ottawa para a promoção da saúde, resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorre na cidade de Ottawa, Canadá, de 17 a 21 de novembro de 1986.

Esta carta refere a promoção da saúde como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.

Propõe-se fornecer orientações para se atingir a Saúde para Todos no Ano 2000 e seguintes. Considerada referência no desenvolvimento de ideias em todo o mundo, define a Promoção da Saúde de forma bastante positiva, pois perspectiva a saúde como um processo dinâmico que não pode ficar restrito simplesmente ao sector da saúde. Apresenta uma leitura que conduz ao estabelecimento de estratégias como “mobilização social, intersectorialidade e desenvolvimento de parcerias para a promoção da saúde”. Cita alguns requisitos fundamentais: paz no mundo, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade e fornece subsídios imprescindíveis para reflexão e implementação de ações adaptadas a nível local. Fortalece as recomendações de Alma-Ata, associando-as à promoção da saúde. Realça a importância do ambiente de trabalho como fonte de saúde, como também a proteção e conservação dos recursos ambientais. Incentiva o desenvolvimento das comunidades, através dos seus recursos materiais e humanos. Em suma, na Conferência “a educação em saúde integra parcela do entendimento de promoção à saúde, abrangendo no seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais”.

A saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade em si mesma.

Desta carta apela-se à comunidade internacional para que advogue a promoção da saúde em todos os fóruns apropriados, bem como que apoie os países no desenvolvimento e implementação de estratégias e programas de promoção da saúde.

Na altura, os participantes na Conferência estavam firmemente convictos de que se todas as organizações envolvidas se unissem e apresentassem estratégias para a promoção da saúde, em conformidade com os valores morais e sociais que enformam esta carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000, tornar-se-ia uma realidade.

A Conferência de Adelaide aconteceu na cidade que lhe dá o nome, na Austrália, em abril de 1988, cujo tema central foram as Políticas Públicas Saudáveis. Manteve a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa, reforçando as áreas de atuação a desenvolver. Duzentos e vinte participantes de quarenta e dois países

compartilharam experiências sobre a ação em prol de políticas públicas orientadas para a saúde.

Foram identificadas quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: o apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, criação de ambientes saudáveis, desenvolvimento de alianças na saúde, o estabelecimento de compromissos para uma saúde pública global.

Quanto a desafios futuros, a Conferência propõe que se assegure uma distribuição equitativa dos recursos. A “Saúde para Todos no ano 2000” será alcançada somente pela criação e preservação de condições de vida e trabalho saudáveis. O trabalho em boas condições (proteção no trabalho, oportunidades de emprego, qualidade da vida produtiva do trabalhador) afeta dramaticamente a saúde e a felicidade das pessoas. O desenvolvimento de parcerias em paz, respeitando os direitos humanos e a justiça social, a ecologia e, ao mesmo tempo manter o desenvolvimento sustentável global. A responsabilização de diferentes parceiros e em diferentes graus de decisões políticas, será fundamental para atingir melhores níveis de saúde. Os avanços tecnológicos devem ser orientados com o intuito de assistirem à saúde.

A Conferência recomenda fortemente que a Organização Mundial de Saúde continue o intenso trabalho de promoção da saúde através das cinco estratégias descritas na Carta de Ottawa. É urgente que a Organização Mundial de Saúde expanda as suas iniciativas a todas as Regiões, como um processo integrado deste trabalho. Apoio aos países em desenvolvimento, principalmente os mais pobres, é crucial para o sucesso deste processo.

No interesse da saúde global, os participantes da Conferência de Adelaide conclamam a todos que procurem reafirmar o compromisso por uma forte aliança na saúde pública como enfatizado na Carta de Ottawa.

A terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, reforçou a importância do estabelecimento de ambientes favoráveis à saúde.

A terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde - Ambientes Favoráveis à Saúde - primeira conferência global sobre Promoção da Saúde, que reuniu participantes

de 81 países, apela para o empenho em tornar os ambientes mais favoráveis à saúde. Sublinha-se a existência de milhões de pessoas a viver em extrema pobreza e privação, num ambiente progressivamente degradado e que ameaça a sua saúde, tornando a Meta da Saúde para Todos no Ano 2000, extremamente difícil de atingir. A forma de inverter esta realidade consistirá em tornar os ambientes - físico, social, económico e político - favoráveis à saúde em vez de contribuírem para a sua deterioração.

A quarta Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde Novos - Atores para uma Nova Era - adaptar a promoção da saúde ao século XXI, teve lugar em Jacarta, de 21 a 25 de julho de 1997, num momento crucial da elaboração de estratégias internacionais de saúde.

Esta Conferência constituiu-se como uma oportunidade para refletir sobre o que se aprendeu quanto a uma efetiva promoção da saúde, bem como para reanalisar as determinantes da saúde e para identificar as orientações e as estratégias a adotar, com o objetivo de responder aos desafios da Promoção da Saúde no século XXI.

A quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde – Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade, teve lugar na cidade do México, a 5 de junho de 2000. Desta conferência resulta a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde).

Houve o reconhecimento da melhoria significativa da saúde e do progresso na provisão de serviços de saúde em muitos países do mundo. Porém não deixou de chamar atenção para muitos problemas que ainda devem ser resolvidos para que esses avanços sejam partilhados de forma mais equitativa.

Após análise da situação a nível mundial foi recomendado algumas ações: (a) colocar a Promoção da Saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; (b) assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os sectores e da sociedade civil na implementação das ações de Promoção da Saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde; (c) apoiar a preparação de planos de ação nacionais para Promoção da Saúde, se preciso utilizando a capacidade técnica da OMS e de seus parceiros nessa área; e (d) estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde.

Observa-se, portanto, que nesta Conferência o mote foi o da ação. Considera-se

fundamental agir de forma muito concreta na prossecução de medidas concertadas, fundamentadas no conhecimento e investigação, que demonstrem resultados concretos e que ao mesmo tempo sejam capazes de avaliar as medidas levadas a cabo, com o propósito de aferir os resultados obtidos.

A Carta de Bangkok para Promoção da Saúde num Mundo Globalizado, resultado da sexta Conferência Internacional da Promoção a Saúde realizada na Tailândia em 2005, além de apoiar o conteúdo da Carta de Ottawa e as recomendações das conferências subsequentes, teve como finalidade afirmar que as políticas e as parcerias que visam empoderar as comunidades e melhorar a equidade na saúde deveriam ser incluídas nos projetos de desenvolvimento global e nacional. Fez um levantamento de alguns fatores críticos da atualidade e estabeleceu quatro compromissos considerados chave para a promoção da saúde: a) tornar a promoção da saúde uma preocupação central na agenda do desenvolvimento global; b) tornar a promoção da saúde uma responsabilidade central para o governo como um todo; c) tornar a promoção da saúde um dos principais focos das comunidades e da sociedade civil e d) tornar a promoção da saúde uma exigência da boa prática corporativa.

Segundo Loureiro, I; Miranda, N e Miguel, J (2013), quanto às iniciativas promotoras da capacitação, surgem, nos finais dos anos 80 a na década de 90 do século XX, as redes das cidades educadoras e das cidades saudáveis. Estas iniciativas apoiaram-se em conceitos como o da transversalidade, nos princípios do empoderamento (*empowerment*) da participação e da avaliação, no respeito e na inclusão das diferenças, na promoção da equidade, na responsabilidade, no desenvolvimento sustentável e na cidadania democrática.

## **II.VI. Cuidados de Saúde Primários em Portugal**

No que se refere à implementação dos conteúdos da Declaração de Alma-Ata, declaração chave para a implementação ou reformulação dos cuidados de saúde primários, Portugal esteve na vanguarda.

Em 1971, pela "Lei de Gonçalves Ferreira" foram criados os primeiros Centros de Saúde, por reconfiguração das antigas Caixas de Previdência, materializada no plano jurídico pelo Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro (Ferreira, 1989).

Os centros de saúde de primeira geração organizavam-se verticalmente, integrando diferentes instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, levando a cabo ações no âmbito da vacinação, da vigilância materno-infantil, na saúde escolar, em atividades de autoridade sanitária. Previam as visitas domiciliárias com realce para os enfermeiros de saúde pública que já mantinham uma posição privilegiada no contato com as famílias e populações (Figueiredo, 2009).

Em 1976, pela nova Constituição da República Portuguesa, já era reconhecido que "Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover" (artigo 64º), direito esse concretizado em 1979 pela Lei n.º 56/79 de 15 de setembro.

A regulamentação dos centros de saúde assenta no Despacho Normativo n.º 97/83 de 22 de abril. A filosofia de ação era já orientada, na sua essência, para a saúde familiar.

Este modelo integrado, organizativamente vertical, por conjugar diferentes estruturas extra-hospitalares e perante a inexistência de autonomia bem como pela dificuldade de gerir os próprios recursos, não era inclusivo para as comunidades, e como tal, não era estimulante para os profissionais envolvidos (Ferreira, 2007).

Por volta de 1996/1997 são criados os projetos alfa. Estes projetos foram tentativas para tornar os processos burocráticos do serviço nacional de saúde menos obsoletos, permitindo iniciativas de pequenos grupos profissionais com modelos de trabalho em equipa, de forma autónoma, com espírito de responsabilização e avaliação de resultados. Pode, de certa forma, dizer-se que estes tipos de projetos se assemelham às unidades de saúde familiares que hoje conhecemos.

Surgem, com base legal no Decreto-Lei 157/99 de 10 de maio, os centros de saúde de terceira geração. Na linha da reformulação dos cuidados de saúde primários, deste decreto-lei pretendeu potenciar a proximidade das comunidades e colaboração intersectorial, numa perspetiva de cuidados centrados nas pessoas e nas suas necessidades em saúde. A organização matricial era baseada em unidades funcionais, detentoras de personalidade jurídica, com autonomia administrativa e financeira.

Segundo Starfield (2009) e também de acordo com o Ministério da Saúde de Portugal (2006), a reforma dos Cuidados de Saúde Primários tem sido uma realidade em todo o mundo. A evidência científica demonstra que os sistemas de saúde fortemente

orientados para os cuidados de saúde primários, obtêm melhores resultados em saúde, no que se refere à equidade, à utilização adequada dos recursos de saúde, bem como à maior satisfação dos utilizadores, a um custo controlado.

A reestruturação a que se tem vindo a assistir nos cuidados de saúde primários, atribui à enfermagem de família uma acrescida responsabilidade na garantia de respostas de qualidade às necessidades das comunidades no que aos cuidados de enfermagem diz respeito. As organizações académicas de enfermagem, os decisores políticos, os profissionais dos centros de saúde, as Unidades de Saúde Familiar, bem como os responsáveis pela implementação dos Agrupamento de Centros de Saúde, têm produzido evidências científicas, sobre a enfermagem de saúde familiar, que permitem alicerçar esta disciplina como fulcro do desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.

Em 2005, introduzida pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de outubro, foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, cujo objetivo major era o de coordenar e acompanhar e reestruturação dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar, levando a cabo uma grande reconfiguração nos cuidados de saúde primários (Pisco, 2010).

A organização atual dos cuidados de saúde primários, que engloba os agrupamentos de centro de saúde, é legalmente suportada pelo Decreto lei nº 28/2008, de 28 de fevereiro, visando a garantia da prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica. Tendo os Agrupamento de Centros de Saúde autonomia jurídica, são constituídos por: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública, Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados.

Por um lado, acompanhando as recomendações e evidências científicas e por outro pela experiência decorrente da reforma dos cuidados de saúde em Portugal, foi possível conceptualizar as unidades de saúde familiares enquanto modelo organizativo de trabalho em equipa, baseado na medicina geral familiar e na enfermagem de família, sendo esta uma disciplina emergente e com enorme papel a desempenhar na nova organização dos cuidados de saúde primários.

A filosofia por trás deste modelo organizativo era a de desfazer a lógica vertical, fomentando um modelo organizativo em equipa, de gestão simplificada, autónoma e interdependente, orientada para ganhos em saúde para a população, procurando envolvê-la na própria unidade (Ramos, 2013).

Para além das políticas nacionais para organização dos Cuidados de Saúde Primários, onde é realçada a importância da família nos cuidados, os Planos Nacionais de Saúde: 2004-2010 e 2012-2020 salientam a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, por permitirem uma perceção mais integrativa dos problemas de saúde. Este último documento acrescenta a importância do enfermeiro de família, propondo que entre este e o cidadão se promova a confiança numa relação que difunda a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, sendo um dos principais gestores da sua situação de saúde e responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde.

As linhas orientadoras descritas em relação aos Cuidados de Saúde Primários, quer no que respeita à organização dos serviços, quer no que respeita à orientação dos cuidados, demonstram a importância das práticas clínicas de enfermagem centradas na família e na relação que cada enfermeiro estabelece com a mesma no processo de cuidados.

Perspetivando Benzein et al. (2008) e também Söderström et al. (2003), se os enfermeiros acreditam que a família e o relacionamento com ela são importantes para a qualidade dos cuidados, estes serão mais propensos a iniciar interações com as famílias.

## **II.VIII. A Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários**

A enfermagem é, claramente, a classe profissional mais amplamente distribuída ao nível dos Cuidados de Saúde Primários em todo o mundo, assumindo os mais diversos papéis, funções e responsabilidades (International Council of Nurses, 2010).

Os cuidados de saúde primários representam o primeiro contacto da pessoa, família e comunidade com o sistema nacional de saúde, procurando ser tão próximos quanto possível e desejável (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Os cuidados de saúde primários englobam todos os serviços que desempenham um papel na saúde como sejam rendimentos, alojamento, educação e ambiente. Incluem o diagnóstico e tratamento de doenças e lesões, mas também intervenções de ordem

promotora da saúde e preventiva da doença. De entre as vantagens dos cuidados de saúde primários poder-se-á destacar a participação do utente, família e comunidade na identificação das necessidades e prestação de serviços (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Neste sentido, a enfermagem constitui-se como essência fundamental dos cuidados de saúde primários. O âmago da praxis clínica da enfermagem orienta para a comunidade.

O papel profissional diz respeito a um conjunto de conceitos que predizem como os enfermeiros exercem a sua função e a uma variedade de comportamentos que podem ser esperados em certas circunstâncias (Brookes et al., 2007).

Os enfermeiros prestam cuidados onde as pessoas estão, seja em casa, escolas, locais de trabalho, prisões, clínicas de saúde e todos os contextos comunitários passíveis da intervenção de enfermagem (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Por definição do Conselho Internacional de Enfermeiros (2014) a enfermagem abrange o cuidado autónomo e em colaboração de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, enfermos ou não, e em todos os ambientes. Ainda segundo esta instituição a enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidado das pessoas doentes, incapacitadas ou em estado terminal. Desta forma, a advocacia, a promoção de um ambiente seguro, a participação ativa na construção de políticas de saúde, a gestão de doentes e sistemas de saúde, bem como as atividades de educação, são papéis fundamentais da enfermagem.

A essência da prática da enfermagem surge associada ao cuidado, com exacerbação da praxis assente no conhecimento. No entanto, a advocacia, a promoção de um ambiente seguro, a participação na definição de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, são papéis indissociáveis da enfermagem (Pires, 2007; International Council of Nurses, 2010). Na gestão e/ou na execução das práticas assistenciais, educativas e preventivas, ao nível cuidados de saúde primários, o trabalho do enfermeiro é estratégico e indispensável (Barbiani R., Dalla Nora C. R., Schaefer R, 2016).

As práticas de enfermagem compreendem ações dos enfermeiros que são realizadas maioritariamente nos serviços de saúde, mas também no âmbito da comunidade, como a

realização de consultas de enfermagem ao domicílio ou atividades no âmbito da promoção da saúde (Barbiani, Nora, Shaefer, 2016).

Segundo estas autoras, as ações educativas são dirigidas a grupos populacionais específicos, como crianças, adolescentes, adultos, mulheres, saúde mental, diabéticos, hipertensos, entre outros. Outras práticas realizadas pelos enfermeiros nos cuidados de saúde primários incluem os atendimentos clínicos, o atendimento emergente e o desenvolvimento de consultas multidisciplinares.

Ainda na opinião de Barbiani, Nora e Shaefer (2016), os enfermeiros, na comunidade, dedicam muita da sua prática à promoção da saúde, procurando proporcionar suporte aos utentes em períodos de mudanças, de tratamentos ou de crises, através do auxílio à adaptação a comportamentos mais saudáveis. Por norma, as atividades de grupo estão mais direcionadas para patologias específicas como sejam a hipertensão, a diabetes, saúde mental, cessação tabágica, ou então para grupos alvo como gestantes, mulheres e grupos mais vulneráveis como crianças e idosos.

A visitação domiciliária surge também como uma das práticas mais retratadas nos estudos consultados pelas autoras, confirmando-se como uma estratégia de proximidade da equipa multidisciplinar com a família e comunidade, possibilitando aos enfermeiros o conhecimento acerca do seu contexto de atuação, para a sua inserção numa determinada comunidade. A visitação domiciliária permite o estabelecimento uma horizontalidade relacional bem como o estabelecimento de vínculos significativos, permitindo o desenvolvimento de uma prática de enfermagem globalizante (Barbiani, Nora, Shaefer, 2016).

Quanto às atividades de educação para a saúde, no âmbito da saúde escolar, englobam, essencialmente, intervenções ao nível primário, abordando temáticas ligadas à higienização oral, utilização de drogas, educação sexual e gravidez precoce.

No que diz respeito às práticas de gestão e formação, caracterizam as ações de coordenação e gestão levadas a cabo por enfermeiros. O planeamento das atividades é descrito como fundamental para a elaboração do plano de atividades a serem desenvolvidas pelos enfermeiros, no quotidiano dos serviços de saúde, com ênfase na ideia de que o enfermeiro deve ser capaz de desenvolver as atividades de gestão e

prestação de cuidados, de forma simultânea.

A supervisão e orientação de auxiliares de ação médica, a formação contínua em enfermagem que decorre nos serviços, a formação de alunos de enfermagem, a articulação entre as diferentes unidades funcionais e respetivos Agrupamentos de Centros de Saúde, a responsabilidade técnica perante a Ordem dos Enfermeiros, a captação de recursos financeiros, a contratação e a capacitação de recursos humanos, a organização de escalas de serviço, bem como a responsabilização pela produtividade das equipas de enfermagem, são atividades desenvolvidas pelos enfermeiros que assumem funções de gestão.

## **II.IX. Enfermagem e gestão de caso**

Nos cuidados de saúde, a gestão de caso inicia-se nos anos de 40 do século passado, nos Estados Unidos da América. No pós-II Grande Guerra Mundial, a gestão de caso foi adotada pelas companhias de seguros, por forma a coordenar, de forma mais eficaz, os serviços prestados aos combatentes com múltiplas e complexas lesões, das quais resultavam a necessidade de intervenções multidisciplinares (Gonzales, 2003). Nos anos 70, decorrente das restrições orçamentais experimentadas, a gestão de caso adquiriu uma maior dimensão, contemplando uma gestão eficaz e eficiente da utilização de recursos, para além das necessidades dos utentes. No mesmo período, com as medicinas de grupo e, principalmente, com as Organizações de Manutenção da Saúde, a gestão de caso conhece o seu apogeu, consolidando-se nos anos 90, com os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde (Gonzales, 2003).

A gestão de caso tornou-se principalmente a partir nos anos oitenta do século passado, uma prática que passou a integrar a organização dos serviços de saúde e a terminologia dos seus profissionais (Rice, R. 2004).

Segundo Rice (2004) esta metodologia diz respeito ao processo de prestação de cuidados de acordo com o tipo de caso ou necessidades individuais do utente. Para esta autora deverá considerar-se a qualificação do gestor de caso, nomeadamente nos aspetos relacionados com a experiência profissional para ter a seu cargo a manutenção da qualidade dos cuidados prestados, a coordenação dos serviços multidisciplinares, a

utilização dos serviços existentes na comunidade, assegurando que os resultados esperados dos cuidados são alcançados dentro de um limite de tempo razoável.

Esta metodologia está particularmente orientada para situações de doença prolongada. É um processo colaborativo envolvendo diagnóstico, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de resultados, por forma a garantir a eficiência e eficácia na prestação de cuidados.

Este processo implica o estabelecimento de prioridades de atuação e execução de cuidados de forma sistemática e objetiva.

Stanton e Dunkin in Stanhope e Lancaster (2011) advogam que a gestão de caso tem vindo a ser assumida por mestres em enfermagem, prestando cuidados a pessoas, famílias ou agregados comunitários, sistemas de doença e processos de gestão de resultados.

A gestão de caso é definida, na atualidade, como um processo que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e serviços destinados a responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas de saúde, utilizando a comunicação e os recursos disponíveis para produzir qualidade em cuidados de saúde (Commission for Case Management Certification, 2018).

Na opinião de Bower (1991) in Stanhope e Lancaster (1999, p. 390), gestão de caso é um processo de prestação de cuidados de saúde cujos objetivos consistem em proporcionar cuidados de saúde de qualidade, procurando diminuir a fragmentação e melhorar a qualidade de vida do utente, a custos controlados.

Esta metodologia de trabalho envolve um processo sistemático de avaliação, planeamento, coordenação, referenciação e monitorização, atendendo às necessidades a cada momento, das família e utentes. (Secord, 1987 in Stanhope e Lancaster, 1999, p.390). Enquanto competência, a gestão de caso é uma habilidade para estabelecer um plano de cuidados adequado à família e utentes, coordenando os recursos e os serviços necessários em prol da situação de saúde ou doença (Muller e Flarery, 2003 in Stanhope e Lancaster, 2011).

A gestão de caso, como metodologia, tem-se afirmado como princípio norteador dos modelos de organização de cuidados de saúde holísticos, multiprofissionais e multidisciplinares, articulando os recursos existentes considerando as necessidades identificadas da família/pessoa, nas suas idiossincrasias (Lubkin, I.; Larsen, P. 2005).

Levada a cabo por enfermeiros, encontra a sua maior valorização na possibilidade de desenvolver com as famílias e utentes relações de confiança mútua bem como uma profunda compreensão e validação das suas necessidades e recursos favoráveis ao autocuidado, num cenário de negociação dos cuidados e da sua sequência no processo assistencial, promotores da independência e autodeterminação de famílias e utentes, permitindo escolhas esclarecidas sobre o seu projeto de saúde significativo (Weydt, 2001).

Os autores Stanhope e Lancaster (2011), fazem emergir como valores orientadores para a prática dos enfermeiros gestores de caso, o aumento da duração de vida saudável, a redução das disparidades e a promoção do acesso aos cuidados e aos serviços de prevenção.

Por sua vez, os autores Cary (1998), Lewellyn e Moreo (2001) in Stanhope e Lancaster (2011) descrevem os papéis do gestor de caso (Tabela I).

---

<b>Papéis do gestor de caso</b>	
Agente	Atua como agente para os prestadores de cuidados de que o cliente necessita para manter a cobertura de acordo com o orçamento e os limites de custo do plano de cuidados de saúde.
Consultor	Trabalha com os prestadores de cuidados, os fornecedores, a comunidade e outros gestores de caso para fornecer perícia em gestão de caso no âmbito de aplicações programáticas e individuais.
Coordenador	Combina, regula e coordena os serviços de cuidados de saúde necessários, aos clientes em todas as áreas com necessidade de serviços.

Educador	Educa o cliente, a família e prestadores de cuidados sobre o processo de gestão de caso, sistema de prestação, recursos de saúde da comunidade e respetiva cobertura, de modo a que possam ser tomadas, por todas as partes, decisões informadas.
Facilitador	Apoia todas as partes no trabalho com vista à obtenção de objetivos mútuos.
Oficial de ligação	Fornece uma ligação de comunicação formal entre todas as partes a propósito do plano de gestão de cuidados.
Mentor	Aconselha e orienta o desenvolvimento da prática de novos gestores de caso.
Monitor/relator	Fornece informação às partes sobre o estado do cliente, situações que afetam a sua segurança, a qualidade dos cuidados, resultados e fatores relacionados com custos e responsabilidade.
Negociador	Negoceia o plano de cuidados, serviços e modalidades de pagamento com os fornecedores, usa a colaboração efetiva e estratégias de grupo.
Defensor do cliente	Atua como defensor, dá informação e apoio nas alterações dos benefícios que aconteçam ao próprio, à família, ao prestador de cuidados e nos sistemas de capitação.
Investigador	Utiliza e aplica práticas baseadas na evidência nas intervenções programáticas e individuais com os clientes e comunidades; participa na proteção dos clientes em estudos de investigação; inicia/colabora em estudos de investigação.
Monitor de padronização	Formula e monitoriza as principais orientações específicas e sua sequência no tempo e plano do mapa de cuidados que guiam o tipo e temporização de cuidados, para estar de acordo com os resultados previstos para o tratamento de um cliente específico em condições específicas; tenta reduzir as variações no uso de recursos e os desvios nos objetivos em relação aos padrões, de forma a que ajustamentos possam ocorrer de uma forma programada.

Atribuição de funções

Distribui recursos de cuidados de saúde limitados de acordo com um plano ou fundamentação.

---

Tabela I – Papéis do gestor de caso. Adaptado a partir de: Cary (1998), Lewellyn e Moreo (2001) in Stanhope e Lancarter (2011).

Weill e Karls (1985) in Stanhope e Lancaster (2011), descrevem as características necessárias com o intuito de alcançar a eficiência do processo:

- Qualificações técnicas para compreender e avaliar diagnósticos específicos;
- Aptidão na linguagem e terminologia (capaz de compreender para depois explicar aos outros em termos simples);
- Assertividade e diplomacia com pessoas de todos os níveis;
- Capacidade de apreciar objetivamente as situações e planejar serviços apropriados de gestão de caso;
- Conhecimento dos recursos disponíveis e das forças e fraquezas de cada um;
- Capacidade de atuar como advogado do cliente e pagador;
- Capacidade para atuar como conselheiro ou facilitador de clientes, fornecendo suporte, compreensão, informação e intervenção.

Os conhecimentos e capacidades necessárias na gestão de caso, segundo Stanhope e Lancaster (2011) são:

- Conhecimento dos recursos da comunidade e mecanismos de financiamento;
- Comunicação escrita, oral e documentação;
- Negociação proficiente e práticas de resolução de conflitos;
- Processos de pensamento crítico para identificar e dar prioridade aos problemas do ponto de vista do prestador de cuidados e do cliente;
- Aplicação de práticas baseadas na evidência e medição de resultados.

## **II.X. Processo de Enfermagem à Família**

Atendendo à transversalidade do processo de enfermagem, Yura e Walsh (1988) definiram-no inicialmente, através de quatro etapas, à semelhança do que constitui hoje o plano de cuidados: avaliação-recolha de dados, planeamento, implementação e avaliação de resultados. Em 1990, Ross e Cobb estabeleceram um processo de enfermagem que incluía análise como segunda etapa (Hanson, 2005).

A principal preocupação de qualquer processo de enfermagem deve ser, de forma sistemática e metodológica, identificar necessidades e preocupações, agir de forma a ir ao encontro da resolução de problemas, bem como avaliar o grau de consecução dessas necessidades e preocupações (Hanson, 2005).

O processo de enfermagem à família deve representar uma abordagem sistemática, com o intuito de desenvolver um plano de cuidados personalizado que procurará aumentar o bem-estar das famílias.

A enfermagem de saúde familiar deve estar preparada para trabalhar com prestadores de cuidados e membros da família, para prestar apoio, informação e supervisionar cuidados. Na opinião de Berkley e Hanson (1991), a família é um foco fundamental do processo de enfermagem. Para estes autores, a abordagem ao processo de enfermagem familiar deve ser completa, em que a família é vista como um sistema aberto, em constante interação com uma sociedade mais vasta.

O processo de enfermagem de família é um procedimento extraordinariamente complexo, uma vez que o enfermeiro lida com muitos indivíduos e com as múltiplas relações e interações existentes entre os membros da família. Segundo Friedman (1998, p. 49), “a enfermagem de família abrangente é um processo complexo, em que é necessário haver uma abordagem lógica sistemática para trabalhar com as famílias e os seus membros. Esta abordagem é o processo de enfermagem”. A estrutura, o desenvolvimento e a dinâmica familiar são apenas alguns conceitos para entender melhor as famílias.

No que se refere às fases de construção de um processo de enfermagem familiar devem considerar-se as etapas referidas anteriormente. Assim, no que diz respeito à avaliação-recolha de dados à família, devem constituir-se as bases para a construção de uma

relação entre enfermeiro e família potenciadora de uma comunicação assertiva e bidirecional, permitindo, também, o estabelecimento de uma relação terapêutica significativa. Esta relação terapêutica deve ser facilitadora da troca de informação. Avaliar a unidade familiar significa determinar a capacidade familiar para satisfazer, de forma eficaz, as necessidades dos membros que a constituem (Hanson, 2005).

No decurso da avaliação-recolha de dados à família, o enfermeiro de família deve considerar a existência de múltiplas abordagens conceptuais à família que podem ser úteis individualmente ou de forma combinada. Lapp, Diemert e Enestvedt (1990) descrevem o desenvolvimento de linhas de orientação para avaliação-recolha de dados numa série de perspetivas teóricas. Estas linhas de orientação evidenciavam a importância de pensar e trabalhar com a família como um parceiro de cuidados. As preocupações da enfermagem de família devem procurar responder a questões que evidenciem quais são os pontos fortes de cada sistema familiar e quais as limitações. Aquando da avaliação-recolha de dados, o enfermeiro deve procurar perceber de que forma a enfermagem pode ajudar a família a atingir os seus objetivos.

A análise de dados à família permite o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, nomeadamente através da clarificação e confirmação da informação recolhida no processo anterior.

Segundo Donnely (1990), o processo de raciocínio que leva ao levantamento de diagnóstico segue uma lógica que envolve a descrição de fenómenos observados. Este processo implica o desenvolvimento de capacidades assentes no conhecimento dos modelos conceptuais, mas decorrentes, também, da prática clínica diária, por parte do enfermeiro observador. Estes diagnósticos traduzem-se pela análise das famílias sob o ponto de vista funcional, estrutural e de desenvolvimento, mas também pode traduzir riscos ou promoção e manutenção da saúde familiar (Christensen e Kenney, 1995).

No planeamento de cuidados à família importa estabelecer prioridades, resultados e criar intervenções colaborativas de enfermagem.

A enfermagem de saúde familiar deve priorizar, no planeamento de cuidados, os problemas identificados pela família como mais importantes, o que por vezes pode colidir com a perspetiva do próprio enfermeiro. Enfermeiro e família devem atuar como

parceiros no planeamento de cuidados (Friedman, 1998).

O estabelecimento de resultados implica o reconhecimento, por parte da unidade familiar, do que é que espera obter no final do processo. Os resultados orientam para as intervenções a desenvolver. Para que o processo obtenha os resultados esperados, ele deve ser claro e co-construído numa perspetiva de negociação e partilha.

Na perspetiva de Hanson (2005), as intervenções são criadas para modificar os fatores que apoiam ou que estão a sustentar o problema de saúde. Por exemplo, se a família está a ter dificuldade em cuidar de um familiar e as razões estarem relacionadas com recursos financeiros insuficientes ou falta de equipamento, as intervenções de enfermagem devem ser desenvolvidas no sentido de identificar os recursos financeiros disponíveis, providenciar equipamento, desenvolver atividades de ensino ou procurar recursos de apoio na comunidade ou na família.

Tal como o processo de enfermagem, as intervenções de enfermagem devem ser dinâmicas, considerando que a família também é uma unidade em equilíbrio dinâmico permanente, em constante mudança.

A fase de planeamento deve incentivar a família a fazer escolhas esclarecidas, para que as intervenções co-planeadas sejam aceites, apoiadas e realizadas. Sempre que a família tenha dificuldade em fazer escolhas, o papel do enfermeiro deve ser o de clarificar processos e evidenciar opções válidas na perspetiva da família, considerando o projeto de saúde familiar significativo. A implementação eficaz de um plano de cuidados requer a aceitação e a participação da família como cliente (Friedman, 1998).

A implementação diz respeito à aplicação das intervenções planeadas, numa ótica de trabalho em conjunto desenvolvido pela família em colaboração com o enfermeiro. O papel do enfermeiro, nesta fase, é o de apoiar, orientar e interceder pela família durante a implementação do plano de cuidados. Durante esta fase pode ser necessário o recurso a outros profissionais de saúde, membros da família ou de serviços da comunidade, perspetivando o enfermeiro como gestor de caso. Ao longo deste processo, o enfermeiro deve avaliar o progresso na resolução de problemas, mantendo-se atento ao aparecimento de novas preocupações com as quais a família tem que lidar (Hanson, 2005).

Mediante os objetivos estabelecidos, bem como os resultados e critérios identificados, deve proceder-se à avaliação dos resultados obtidos. A avaliação de resultados acaba por ser um processo transversal a todo o processo. O enfermeiro deve ter presente, sempre, que o processo de enfermagem é constantemente dinâmico e, como tal, sujeito a mudanças, sem perder a perspectiva de melhoria do estado de saúde da família. O processo avaliativo termina quando é feita uma análise pela família e pelo enfermeiro em que ambas as partes reconhecem que foram atingidos os objetivos delineados. Robinson e Wright em 1995 abordaram este processo de cessação com a família salientando a importância deste estágio de resolução de problemas e do crescimento da família, referindo que “O aspeto mais compensador da enfermagem de família é observar a família a curar-se do sofrimento emocional e/ou físico... quando a cura ocorre em colaboração com os enfermeiros, é devida a família e enfermeiros que co-desenvolveram soluções úteis para os problemas especiais de saúde” (p. 327).

O objetivo da enfermagem de família é o da autosuficiência familiar, atuando o enfermeiro como agente dinamizador de mudança, capacitando a família para o desenvolvimento de estratégias de coping que a permitam desenvolver.

Torna-se necessário referir que, apesar da mudança paradigmática a que se tem vindo a assistir, no que à enfermagem nos cuidados de saúde primários concerne, considerando os aspetos positivos, advindos da reorientação do modelo assistencial pretendido, a prática quotidiana ainda reflete a predominância do modelo biomédico, em que o cuidado denuncia medidas e procedimentos técnicos, de diagnósticos terapêuticos, em geral, em ambiente hospitalar (Matumoto S, Vieira K, Pereira M, Santos C, Fortuna. C, Mishima S. 2012).

As práticas executadas, sob a orientação de tal modelo, como a escuta, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização, denotadoras de uma visão alargada dos cuidados, assim como o mapeamento e a intervenção interdisciplinar e intersectorial, sobre os determinantes sociais da saúde, englobam exemplos que requerem inovações em processos de trabalho (Barbiani R., Dalla Nora C. R., Schaefer R. 2016).

## **II.XI. Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiares e Conjugais de Olson e Gorall**

De entre os diversos modelos de funcionamento familiar, o modelo Circumplexo do Sistema Familiares e Conjugais de Olson e Gorall, é um dos modelos mais estudados e utilizados para diversas investigações (e.g. ciclo vital, estrutura familiar). Este modelo é particularmente útil para o diagnóstico relacional, uma vez que se foca no sistema e integra três dimensões que são, constantemente, consideradas como relevantes nos modelos familiares e nas abordagens de terapia familiar (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). As três dimensões que constituem o modelo Circumplexo são a coesão, definida como a ligação emocional que se estabelece entre os membros de uma família; a adaptabilidade ou flexibilidade que avalia a capacidade do sistema familiar mudar a sua estrutura de poder, as regras e o papel das relações em resposta a uma situação de stress situacional e de desenvolvimento; e a comunicação que tem o objetivo de facilitar o movimento das outras duas dimensões (Olson & Gorall, 2003). As dimensões coesão e adaptabilidade são formadas por vários níveis e para cada uma delas colocou-se a hipótese de que os níveis moderados seriam os mais adequados para o funcionamento equilibrado de uma família, enquanto que os níveis mais extremos seriam considerados mais problemáticos (Olson, 2000).

Deste modo e de acordo com o modelo, a dimensão da coesão apresenta os seguintes níveis: desmembrada (coesão extremamente baixa); separado (coesão baixa/moderada); ligado (coesão moderada/alta) e emaranhado (coesão extremamente alta) (Olson, 2000). Uma família é considerada funcional se suporta os períodos de tensão, de forma a preservar a identidade do sistema e a respeitar as diferenças individuais dos membros (Tribuna, 2000). Assim, nos níveis considerados equilibrados (separado e ligado) há uma maior funcionalidade familiar entre os membros, sendo os indivíduos capazes de oscilar entre os outros níveis, em situações de crise familiar (e.g. transições no ciclo vital). Contudo, o mesmo não sucede nos níveis mais extremos (desmembrado e emaranhado), considerados como desequilibrados.

Nos níveis equilibrados, uma família com uma relação separada denota alguma separação emocional (mas não extrema), sendo o tempo passado sem a família considerado importante, ao contrário de uma relação ligada, em que se atribui mais importância ao tempo passado em família, pelo facto de haver uma maior proximidade

emocional e lealdade entre os membros. Nos níveis extremos, uma relação desligada é caracterizada por uma separação emocional e pouco envolvimento entre os membros da família. Por seu lado, uma família emaranhada caracteriza-se por uma extrema ligação emocional e uma grande dependência entre os membros havendo pouca diferenciação do self (Olson, 2000). Relativamente à dimensão adaptabilidade é também possível encontrar quatro níveis: rígido (adaptabilidade extremamente baixa); estruturado (adaptabilidade baixa/moderada); flexível (moderada/alta) e caótico (adaptabilidade extremamente alta) (Olson, 2000). Nos níveis mais funcionais (estruturado e flexível) há um equilíbrio entre a estabilidade e a mudança e há uma tendência para a família ser mais equilibrada ao longo do tempo. Uma família estruturada, por norma, exprime uma liderança democrática que inclui as crianças, com ajustamentos nos papéis e nas regras familiares sempre que necessário. Por sua vez, uma família flexível descreve-se como tendo uma liderança igualitária, com uma abordagem democrática entre os membros, incluindo ativamente as crianças. As regras e os papéis são partilhados e apropriados às idades (Olson, 2000). No caso dos níveis mais extremos, as famílias podem ser consideradas rígidas ou caóticas. Nas famílias rígidas, um dos membros controla a dinâmica familiar, impondo uma rigidez de papéis e uma inflexibilidade nas regras. Em relação às famílias caóticas, os papéis não estão bem definidos e podem ocorrer frequentes trocas de papéis entre os indivíduos, havendo uma impulsividade marcada nas tomadas de decisões (Olson, 2000).

Ao analisar este modelo, é necessário ter em conta que há aspetos que podem afetar o funcionamento familiar, tais como eventos considerados stressantes pela família, transições nas etapas de desenvolvimento e tensões intrafamiliares (Greeff, 2000). Estes aspetos caracterizam as várias etapas do ciclo vital da família, podendo conduzir a variações nos níveis da adaptabilidade e coesão, assim como a diferentes expressões numa mesma etapa. O modelo Circumplexo permite colocar duas hipóteses pertinentes. Primeiramente que as famílias consideradas equilibradas (com níveis centrais de coesão e de adaptabilidade) terão um funcionamento mais adequado/equilibrado ao longo do ciclo de vida, uma vez que um sistema considerado funcionalmente equilibrado deverá vivenciar os extremos de uma dimensão, por curtos períodos de tempo, quando tal se justificar. No entanto deve ter-se em atenção que, os tipos extremos de uma dimensão não são obrigatoriamente disfuncionais, visto que as famílias pertencentes a minorias étnicas ou grupos religiosos, possuem um conceito familiar diferente do ocidental. Por

outro lado, e, relacionado com o que foi referido anteriormente, o modelo ao ser dinâmico permite equacionar mudanças na família, ao longo do ciclo vital. Deste modo, as famílias poderão modificar as dimensões coesão e/ou adaptabilidade, de forma a adaptarem-se a novas mudanças ou crises, decorrentes das etapas do ciclo vital. As mudanças são encaradas como sendo uma melhoria do funcionamento familiar (Olson, 2000).

## **II.XII. Modelo de Calgary de Avaliação da Família de Wright e Leahey (MCAF)**

Desenvolvido pelas enfermeiras Wright e Leahey, este modelo e enfermagem apresenta uma estrutura multidimensional, integrada. Tem as suas raízes conceptuais na teoria de sistemas, cibernética, comunicação e mudança, influenciada, também, pelo pós-modernismo e pela biologia da cognição. O Internacional Council of Nurses reconheceu-o como um dos quatro principais modelos de avaliação familiar no mundo (Schober e Affara, 2001). É o modelo adotado pela Ordem dos Enfermeiros como modelo interventivo na área da saúde familiar.

Schober e Affara (2001) destacam, também, como forma de enfatizar a prática associada a este modelo de avaliação e intervenção de enfermagem, que na sua opinião existem duas abordagens, quando a prática é dirigida às famílias. São elas as perspetivas da família como contexto e a da família como foco de cuidados. Uma forma de minimizar a potencial confusão de conceitos nas duas abordagens, estes autores distinguem a perspetiva da família como contexto ligada à prática do enfermeiro generalista e a perspetiva da família como alvo de cuidados associada à prática especializada. A prática especializada permite conceptualizar a família como unidade de cuidado. A prática especializada requer que o foco esteja sempre na interação e reciprocidade com e para as famílias.

Este modelo propõe avaliar três grandes categorias: estrutural, de desenvolvimento e funcional, subdividindo estas categorias em subcategorias.

Importa referir que quem aplica este modelo deve ter em consideração a categoria a avaliar, numa determinada família e num determinado momento. Segundo as autoras, pode não ser relevante, no processo terapêutico e num determinado momento, avaliar a família em todas as suas dimensões.

Quanto às subcategorias, relacionadas com a dimensão estrutural temos: a interna, externa e de contexto. A interna recolhe informações sobre a composição familiar; género familiar, associado a fatores culturais; orientação sexual; ordem de nascimento; subsistemas familiares; limites. A subcategoria externa informa sobre a família extensa e subsistemas mais amplos. A subcategoria relacionada como contexto permite identificar a etnia; raça; classe social; religião e espiritualidade; ambiente envolvente. Relativamente às subcategorias associadas à dimensão desenvolvimento, procuram recolher informações sobre estágios, relacionado com o ciclo vital; tarefas e vínculos. No que diz respeito às subcategorias referentes à dimensão funcional, subdividem-se em instrumental, relacionada com as atividades de vida diárias e expressiva que pretende clarificar aspetos como a comunicação emocional; comunicação verbal: comunicação não verbal; comunicação circular; solução de problemas; papéis; influência e poder; crenças; alianças e uniões.

De referir que, com o propósito de avaliar os aspetos estruturais da família recorrem-se a genogramas e ecomapas.

### **II.XIII. Tipologias familiares**

Na atualidade o quadro de valores na sociedade moderna preconiza um modelo universal (Vintém, 2008), em que a igualdade de género predomina, à luz também da adaptação legislativa portuguesa, que aboliu a figura do chefe de família, conferindo idêntica responsabilidade aos dois membros do casal.

Atendendo à evolução própria e idiossincrática das sociedades modernas, a família evoluiu, como não poderia deixar de o fazer, porque inserida num sistema mais amplo que influencia e é influenciada por ele, para novas estruturas adaptadas à realidade existente.

Alarcão define “novas formas de família” como um conjunto diverso de configurações familiares, distintas da família tradicional e da família de três gerações. Faz referência às famílias reconstituídas, às famílias monoparentais, às famílias de colocação, às famílias adotivas, às famílias homossexuais e às famílias comunitárias (Alarcão, 2006).

Caracterizar tipologicamente as famílias implica atender à sua estrutura. Por estrutura entende-se a forma de organização ou disposição de um determinado número de

elementos que se inter-relacionam de maneira específica. A estrutura familiar compõe-se de um conjunto de pessoas com condições e em posições socialmente reconhecidas e com uma interação regular e recorrente, também ela socialmente aprovada. A família tradicional pode, então, assumir uma estrutura nuclear ou conjugal que consiste num homem, numa mulher e nos seus filhos, biológicos ou adotados, habitando num ambiente familiar comum; família de três gerações, referenciada muitas vezes como família alargada, constituída pelos avós, pais e seus filhos; a família unipessoal, a que se restringe a uma pessoa; a família reconstruída, composta por um homem e uma mulher, dos quais, pelo menos um foi casado anteriormente (Martins, 2002).

Segundo a perspectiva de Hernâni, C. et al (2010), quanto à estrutura e dinâmica familiar global referem as seguintes: família díade nuclear, constituída por duas pessoas numa relação conjugal sem filhos; família grávida, em que uma mulher se encontra grávida, independente da restante estrutura; família nuclear, onde se verifica uma só união entre adultos e um só nível de descendência; família alargada ou extensa, onde coabitem ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguinidade ou não, para além de progenitor(es) e ou filho(s); família com prole extensa ou numerosa, com crianças e jovens de idades muito diferentes, independentemente da restante estrutura familiar; família reconstruída, combinada ou recombinação, onde se verifica uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois cônjuges; família homossexual, em que existe uma união conjugal entre 2 pessoas do mesmo sexo, independentemente da restante estrutura; família monoparental, constituída por um progenitor que co-habita com o(s) seu(s) descendente(s); família unitária, constituída por uma pessoa que vive sózinha, independentemente de relação conjugal, sem co-habitação, família dança a dois, constituída por familiares (de sangue ou não) sem relação conjugal ou parental (ex: avó e neto, tia e sobrinha, irmãos, primos, cunhados,...); família unitária, constituída por uma pessoa que vive sozinha, independentemente de relação conjugal sem coabitação; família de coabitação, homens e/ou mulheres que vivem na mesma habitação sem laços familiares ou conjugais, com ou sem objetivo comum (ex: estudantes universitários, amigos, imigrantes,...); família comunitária, composta por homens e/ou mulheres e seus eventuais descendentes, coabitando na mesma casa ou em casas próximas (ex: comunidades religiosas, seitas, comunas, ciganos,...); família hospedeira, em que ocorre a colocação temporária de um elemento exterior à família (ex: criança, idoso, amigo, colega,...); família adotiva, que

adotou uma ou mais crianças não consanguíneas, com ou sem coabitação de filhos biológicos; família consanguínea, em que existe uma relação conjugal consanguínea, independentemente da restante estrutura; família com dependente, em que um dos elementos é dependente dos cuidados de outros por motivo de doença (acamado, deficiente mental e/ou motor, requerendo apoio nas AVD's; família com fantasma, com desaparecimento de um elemento de forma definitiva (falecimento) ou dificilmente reversível (divórcio, rapto, desaparecimento, motivo desconhecido) em que o elemento em falta continua presente na dinâmica familiar dificultando a reorganização familiar e impedindo o desenvolvimento individual dos restantes membros; família acordeão; em que um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes (ex: trabalhadores humanitários expatriados, militares em missão, emigrantes de longa duração); família flutuante, em que os elementos mudam frequentemente de habitação (ex: progenitores com emprego de localização variável) ou em que o progenitor muda frequentemente de parceiro; família descontrolada, em que um membro tem problemas crónicos de comportamento por doença ou adição (ex: esquizofrenia, toxicoddependência, alcoolismo, etc.); família múltipla, em que o elemento identificado integra duas ou mais famílias, constituindo agregados diferentes, eventualmente com descendentes em ambos.

Segundo Hernâni C. (2014) a família é um determinado tipo, num determinado momento. Pode evoluir para outro tipo e tem determinada probabilidade de evoluir para ainda qualquer outro tipo, talvez ainda com características simultâneas de outros tipos.

Atendendo à mutabilidade do sistema familiar dotado de características próprias, que evoluiu com todos os outros sistemas com os quais se relaciona, considera-se importante, para quem trabalha com famílias, valorizar tipologias que ocorrem em menor número mas cada vez mais frequentes, como sejam: a família com suporte, a família acordeão, a família flutuante, a família fantasma, a família descontrolada, a família psicossomática, a família das favelas (Minuchin, 1980).

### **III. METODOLOGIA**

Streubert & Carpenter (2013) referem que após ser formulada claramente a questão de investigação, de estar compreendido o problema e esclarecido qual o impacto que a investigação terá nas pessoas estudadas, na disciplina e para quem os resultados possam ser importantes, é necessário selecionar qual a metodologia de investigação que responderá mais adequadamente à questão.

A metodologia de investigação consiste num processo de seleção da estratégia de investigação, que condiciona a escolha dos métodos e técnicas que guiam o processo de investigação e que devem ser adequados aos objetivos que se pretendem atingir. A seleção da metodologia a utilizar depende do paradigma do investigador, ou seja, depende da sua visão do mundo, das suas crenças, o que determina a perspetiva segundo a qual ele pretende estudar determinado fenómeno (Fortin, 2009).

#### **III.I Objetivos gerais**

Quanto aos objetivos gerais, perspetivando o modelo de Calgary, bem como um posicionamento associado à gestão de caso, e ao Modelo Circumplexo de Olson, através da estruturação de uma consulta de enfermagem familiar, pretende-se:

- Perceber qual o impacto da enfermagem de saúde familiar, alicerçada nesta metodologia, na coesão e adaptabilidade familiares;
- Capacitar as potencialidades da família;
- Promover a resiliência familiar;
- Identificar os ganhos em saúde obtidos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, pela utilização desta metodologia de consulta.

#### **III.II. Objetivos específicos**

O modelo de enfermagem de Calgary, desenvolvido pelas autoras Wright e Leahey permite avaliar as famílias considerando três dimensões, como descrito anteriormente, com a mais valia de o poder faseadamente, isto é, não sendo absolutamente necessário avaliar todas as dimensões familiares.

Pela opção da utilização deste modelo pretende-se:

- Enformar uma metodologia de trabalho que permita conhecer as famílias utilizadoras dos cuidados de saúde primários;
- Desenvolver planos de cuidados de enfermagem co-construídos com as famílias;
- Envolver as famílias como parte significativa do processo terapêutico;
- Identificar as famílias com o plano de cuidados com elas estabelecido;
- Validar os planos de cuidados co-estabelecidos com as famílias;
- Identificar, com as famílias, um projeto de saúde significativo em cada momento do ciclo vital;
- Perceber em que medida as famílias percebem apoio por parte do enfermeiro de família ao longo do tempo, pela aplicação de um questionário, desenvolvido pela equipa de investigação, que consta em anexo.

### III.III. Tipologia e descrição operacional do estudo

Estudo quantitativo, descritivo e inferencial, do tipo pré-teste, pós-teste com grupo de controlo.

Esquemáticamente o estudo desenvolveu-se da seguinte forma:

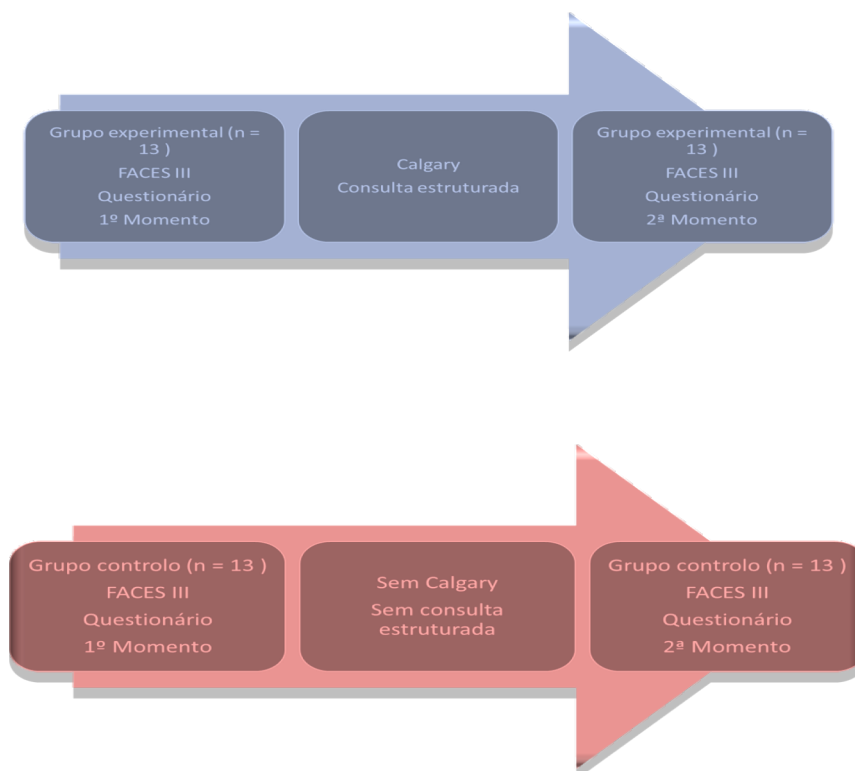


Figura I – Desenho do estudo.

No grupo experimental:

- Aplicação de guião de consulta estruturado (considerando os constructos teóricos do modelo de Calgary);
- Utilização da escala FACES III desenvolvida por Olson, Portner, & Lavee em 1985 (considerando o Modelo Circumplexo de Olson);
- Utilização de questionário, desenvolvido pela equipa de investigação, para determinar o apoio sentido por parte do enfermeiro de família, em diferentes fases do ciclo vital familiar.

No grupo de controlo:

- Não foi desenvolvida esta metodologia de consulta, mas sim a que habitualmente é utilizada, não perspetivando a família como unidade de cuidados, tendo sido utilizadas as mesmas escalas e questionário.

Em ambos os grupos as escalas e questionários foram aplicados num momento inicial e final distando entre si cerca de oito semanas de intervalo, considerando os planos de cuidados codesenvolvidos para cada situação clínica.

### **III.IV. Procedimentos de recolha de dados e questões éticas**

Uma vez que a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas devem ser consideradas ao longo de todo o processo de investigação, desde a altura em que se escolhe o tema, o tipo de estudo, os participantes, até à forma como se recolhem e interpretam os dados.

Para Fortin (2009), a investigação coloca questões e desafios éticos cada vez mais complexos, sendo da responsabilidade do investigador pela proteção dos direitos da pessoa. Assim, na aplicação do estudo foram considerados os seguintes princípios éticos e deontológicos:

- Princípio da não maleficência, na medida em que os participantes não foram prejudicados com a investigação;

- Princípio da autonomia, através do consentimento livre e esclarecido, garantindo a participação voluntária e a devida informação antes do consentimento por parte dos constituintes do estudo;
- Princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade, o anonimato dos dados dos participantes e o seu tratamento com respeito e dignidade.

Em todos os momentos da investigação foram atendidos estes princípios, tendo sido respeitados os seguintes procedimentos:

- Parecer, cumprindo as instruções definidas no "Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano", da Comissão de Ética, e do Ex.<sup>mo</sup> Sr. Presidente do Conselho de Administração, Dr. João Moura Reis, à aplicabilidade do estudo (Anexo IX);
- Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo), entregue e explicado a todos os participantes do estudo (Anexo VIII);
- Assegurado o sigilo e confidencialidade dos dados recolhidos durante todo o processo de análise e tratamento, sinalizados com codificação e não de qualquer outra forma identificativa.

### **III.V. Caracterização da amostra**

A Amostra é constituída por 26 famílias, divididas em dois grupos de 13 famílias, inscritas na USF RaiaMaior, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano E.P.E., Distrito de Portalegre, Concelho de Campo Maior.

As famílias foram incluídas na amostra utilizando para o efeito uma técnica de amostragem não aleatória por acessibilidade. Esta acessibilidade foi viabilizada pela lista de utentes de referência do investigador principal. Procurando respeitar critérios de aleatoriedade na amostra, a seriação das famílias foi realizada de cinco em cinco agregados familiares.

Critérios de seleção da amostra:

- Critérios de inclusão:

- Utentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar RaiaMaior;
- Maiores de idade;
- Alfabetizados.
- Critérios de exclusão:
  - Utentes não inscritos na Unidade de Saúde Familiar RaiaMaior;
  - Menores de idade;
  - Analfabetos.

Todos os casos foram dados como válidos.

Foram utilizadas, na fase metodológica do estudo, as seguintes escalas e questionário:

- Escala FACES III (Anexo X);
- Escala de Graffar;
- Questionário desenvolvido pela equipa de investigação.

Explicam-se, ainda que muito sucintamente, as escalas utilizadas.

A escala FACES III foi desenvolvida por Olson, Portner, & Lavee (1985). A tradução e adaptação para a população portuguesa foi desenvolvida por Curral, Dourado, Torres, Barros, Palha e Almeida (1999), com base no Modelo Circumplexo do Sistema Conjugal e Familiar (Olson, & Gorrall) que tem como principal objetivo analisar o comportamento das famílias, integrando dois conceitos-chave: a coesão e a adaptabilidade familiares. De referir que no estudo levado a cabo por Curral, R., Durado, F., Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida, E. L. (1999), Coesão e Adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: estudo com o FACES III, os valores de alfa de Cronbach obtidos para a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar foram respetivamente de 0,78 e 0,71.

A escala de Graffar é uma classificação social internacional estabelecida em Bruxelas, Bélgica, pelo Professor Graffar, como um indicador dos diversos níveis de bem-estar de um grupo social. Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro ou da zona envolvente onde habita. A escala utilizada apresenta uma categorização em cinco graus,

avaliando profissão, instrução, origem do rendimento familiar, tipo de habitação e local de residência (ambiente envolvente). Consoante a pontuação obtida a família é classificada como: classe alta (pontuação entre 5 e 9); classe média alta (pontuação entre 10 e 13); classe média (pontuação entre 14 e 17); classe média baixa (pontuação entre 18 e 21), classe baixa (pontuação entre 22 e 25). A avaliação do agregado família é sempre feita consoante o elemento que tenha o rendimento mais elevado do agregado familiar.

De referir que a versão utilizada foi a de Amaro (2001) como consta do anexo VII.

Pela equipa de investigação foi desenvolvido um questionário autoadministrado com uma escala do tipo Likert com cinco itens associada.

Para a sua construção, a equipa de investigação considerou os contributos de Holmes e Rahe (1967), nomeadamente no que à escala desenvolvida por estes autores respeita (Social Readjustment Rating Scales – SRRS). Esta escala foi traduzida para português como Escala de Reajustamento Social, por Savoia em 1999, ou Escala de Readaptação Social, por Caeiro em 1991.

Segundo o questionário desenvolvido por estes autores, a cada uma das situações ou experiências de vida é atribuída uma pontuação, numa escala de 11 a 100. Integra eventos significativos que vão desde o nascimento de crianças na família, divórcios, morte, mudanças no trabalho, entre outros, que representam as situações normativas ou acidentais no desenvolvimento familiar e individual. Tendo por base esta escala, quando a soma obtida é superior a 300, a probabilidade de ocorrência de doença física ou mental é de 80%, em um ou em vários elementos da família (Caeiro, 1991). Esta escala, adaptada à família, permite avaliar e quantificar as dificuldades vividas pela família no período de um ano, determinando a probabilidade de algum dos elementos vir a desenvolver uma doença psicossomática.

Por outro lado, considerou pertinente perspetivar o Ciclo Vital de Duvall (1977), bem como as tarefas normativas associadas a cada um deles.

- Estádio 1 (Começo da família - casais sem filhos): estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e parentalidade;

- Estádio 2 (Famílias com bebês - o filho mais velho até trinta meses): ajustamento às exigências do desenvolvimento de uma criança dependente;
- Estádio 3 (Famílias com filhos pré-escolares - filho mais velho entre trinta meses e seis anos): adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento;
- Estádio 4 (Famílias com filhos escolares - filho mais velho entre seis e treze anos): assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase;
- Estádio 5 (Famílias com adolescentes - filho mais velho entre treze e vinte anos): facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesse pós-parentais;
- Estádio 6 (Famílias com jovens adultos - desde a saída do primeiro filho até à saída do último): permitir a separação e o “lançamento” dos filhos no exterior com rituais e assistência adequada (1º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar;
- Estádio 7 (Famílias maduras - casal na meia-idade - ninho vazio - reforma): reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas;
- Estádio 8 (Famílias mais velhas- envelhecimento - desde a reforma até ao falecimento de um ou de ambos os cônjuges): ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento.

Perspetivaram-se, também, alguns contributos constitutivos do modelo proposto por Figueiredo (Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar), nomeadamente na dimensão relacionada com o desenvolvimento familiar, mais concretamente direcionado à satisfação conjugal, na sua dimensão comunicacional (Q. 15); na dimensão estrutural, direcionado ao rendimento familiar, na sua dimensão ligada à gestão de rendimentos (Q. 16); na sua dimensão estrutural, direcionado ao edifício residencial, na sua dimensão relacionada com edifício residencial não seguro (Q. 17).

Tendo por base este questionário, a equipa de investigação considerou importante desenvolver um questionário próprio associando alguns dos eventos nele elencados, acrescentando algumas questões que considerou pertinentes, não tanto com o objetivo de determinar ou quantificar a probabilidade de algum dos elementos do agregado

familiar vir a desenvolver doença psicossomática, mas sim com o propósito de perceber o apoio sentido, por parte da família em relação ao seu enfermeiro de família, quando a família passou por estes eventos.

No estudo foram utilizadas as seguintes medidas estatísticas:

- Tendência central: média, mediana e moda;
- Medidas de dispersão: variância e desvio padrão;
- Medida de frequência: frequência absoluta.

Foram realizados os seguintes testes:

- Teste de Wilcoxon ou teste dos postos sinalizados de Wilcoxon - é um teste de hipóteses não paramétrico utilizado quando se deseja comparar duas amostras relacionadas, amostras emparelhadas ou medidas repetidas numa única amostra para avaliar se os postos médios populacionais diferem. Pode ser usado para determinar se duas amostras dependentes foram selecionadas a partir de populações que têm a mesma distribuição;
- Coeficiente de correlação de Spearman - mede o grau da correlação e a direção dessa correlação (se positiva ou negativa) entre duas variáveis de escala métrica (intervalar ou de rácio/razão). Se  $p = 1$  significa uma correlação perfeita positiva entre as duas variáveis. Se  $p = -1$  significa uma correlação negativa perfeita entre as duas variáveis, isto é, se uma aumenta, a outra diminui sempre. Se  $p = 0$  significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra. No entanto, pode existir uma dependência não linear. Assim, o resultado deve ser investigado por outros meios.
- Coeficiente alfa de Cronbach - mede a correlação entre respostas de um questionário através da análise das respostas dadas pelos participantes, apresentando uma correlação média entre as perguntas. O coeficiente  $\alpha$  é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição.

#### **IV. RESULTADOS**

Primeiramente podem observar-se os resultados obtidos pela classificação de Graffar. Seguidamente, são apresentadas as tabelas de frequências absolutas respeitantes aos resultados obtidos pela aplicação da escala FACES III, associada ao Modelo Circumplexo de Olson e Gorall, relativamente aos dois grupos de estudo, em separado.

No que concerne às dimensões coesão e adaptabilidade, apresentam-se os descritivos gerais, que compõem a escala FACES III. São apresentados, na mesma tabela os resultados respeitantes ao Teste de Wilcoxon, para as dimensões coesão e adaptabilidade familiares, relacionando o primeiro com o segundo momento de avaliação. Os dados apresentados referem-se ao grupo experimental.

Na tabela seguinte podem observar-se os resultados obtidos pela classificação de Graffar, na totalidade da amostra. São evidenciadas as seguintes medidas estatísticas: média, mediana, moda, variância, desvio padrão e frequência absoluta.

Pode verificar-se que a média obtida é de 2,5, o que se caracteriza a amostra por ser tendencialmente de classe média. Observa-se, no entanto e atendendo ao valor da mediana, que há uma tendência para classe média baixa.

<b>Resultados obtidos pela aplicação da escala de Graffar (N = 26)</b>				
<b>(Média; Mediana; Moda; Variância; Desvio Padrão)</b>				
<b><math>\bar{X}</math></b>	<b>Md</b>	<b>Mo</b>	<b><math>\sigma^2</math></b>	<b>Dp</b>
2,5	3	3	0,74	0,86

<b>Resultados obtidos pela aplicação da escala de Graffar (N = 26)</b>				
<b>(Frequência absoluta)</b>				
	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	<b>% acumulada</b>
<b>C. Alta</b>	6	23,1	23,1	23,1
<b>C. Média Alta</b>	0	0	0	0
<b>C. Média</b>	20	76,9	76,9	100,0
<b>C. Média Baixa</b>	0	0	0	0
<b>C. Baixa</b>	0	0	0	0
<b>Total</b>	26	100,0	100,0	-

Tabela II - Caracterização da amostra, segundo a classificação de Graffar, no global, atendendo às medidas estatísticas: média, mediana, moda, variância, desvio padrão e frequência absoluta.

No que se refere à caracterização das famílias segundo a tipologia familiar adotada (Hêrnani Cainço, Pedro Bairrada, Esther Rodrigues, Armando Carvalho (2010)), foi utilizada como medida estatística a frequência absoluta. Não são evidenciadas outras medidas estatísticas por se considerarem vazias de significado, atendendo às características que se pretendem apresentar.

Para não tornar maçadora a leitura da tabela, não são evidenciadas todas as tipologias definidas pelos autores, para além das identificadas na tabela, uma vez que não foram identificadas famílias que lhes correspondam.

Como se observa pela tabela anterior, quanto à tipologia familiar predominante destaca-se a família nuclear. Em detalhe podem observar-se três famílias unipessoais no grupo experimental, duas no grupo de controlo e uma família alargada também no grupo de controlo.

Atente-se que de forma geral as amostras grupais são idênticas entre si, o que possibilita sinalizar que as amostras são tendencialmente homogêneas, conferindo-lhes confiabilidade entre si.

<b>Tipologia familiar (Hêrnani Cainço, Pedro Bairrada, Esther Rodrigues, Armando Carvalho (2010)) (N = 26)</b>				
	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	<b>% acumulada</b>
<b>Família nuclear</b>	20	76,9	76,9	76,9
<b>Família alargada</b>	2	7,7	7,7	84,6
<b>Família unipessoal</b>	4	15,4	15,4	100
<b>Total</b>	26	100	100	-

<b>Tipologia familiar (Hêrnani Cainço, Pedro Bairrada, Esther Rodrigues, Armando Carvalho (2010)) – Grupo experimental (N = 13)</b>				
	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	<b>% acumulada</b>
<b>Família nuclear</b>	10	76,9	76,9	76,9
<b>Família unipessoal</b>	3	23,1	23,2	100
<b>Total</b>	13	100	100	-

<b>Tipologia familiar (Hêrnani Cainço, Pedro Bairrada, Esther Rodrigues, Armando Carvalho (2010)) – Grupo de controlo (N = 13)</b>				
	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	<b>% acumulada</b>
<b>Família nuclear</b>	10	76,9	76,9	76,9
<b>Família alargada</b>	1	15,4	15,4	92,3
<b>Família unipessoal</b>	2	7,7	7,7	100
<b>Total</b>	13	100	100	-

Tabela III - Caracterização da amostra, perspetivando a classificação de Hêrnani Cainço, Pedro Bairrada, Esther Rodrigues, Armando Carvalho (2010), no global, atendendo à medida estatística: frequência absoluta. Observam-se os valores de frequência absoluta na totalidade da amostra, bem como nos dois grupos de estudo: experimental e de controlo.

Na tabela seguinte, verifica-se uma predominância da classe média, continuando a verificar-se uma tendência para a classe média baixa, como sinalizado pelo valor da mediana. O valor da média é relativamente mais elevado no grupo experimental (2,7) do que no grupo de controlo (2,4).

<b>Resultados obtidos pela aplicação da escala de Graffar</b>				
<b>Grupo experimental (N = 13)</b>				
<b>(Média; Mediana; Moda; Variância; Desvio Padrão)</b>				
$\bar{X}$	<b>Md</b>	<b>Mo</b>	$\sigma^2$	<b>Dp</b>
2,7	3	3	0,56	0,75

<b>Resultados obtidos pela aplicação da escala de Graffar</b>				
<b>Grupo experimental (N = 13)</b>				
	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% válida</b>	<b>% acumulada</b>
<b>C. Alta</b>	2	15,4	15,4	15,4
<b>C. Média Alta</b>	0	0	0	0
<b>C. Média</b>	11	84,6	84,6	100
<b>C. Média Baixa</b>	0	0	0	0
<b>C. Baixa</b>	0	0	0	0
<b>Total</b>	13	100	100	-

Tabela IV - Caracterização da amostra, segundo a classificação de Graffar, do grupo experimental, atendendo às medidas estatísticas: média, mediana, moda, variância, desvio padrão e frequência absoluta.

Da tabela seguinte, respeitante ao grupo de controlo, mantém-se a predominância da classe média, bem como a tendência para classe média baixa. De salientar que a classe alta é mais representativa no grupo de controlo do que no grupo experimental.

<b>Resultados obtidos pela aplicação da escala de Graffar</b>				
<b>Grupo de controlo (N = 13)</b>				
$\bar{X}$	Md	Mo	$\sigma^2$	Dp
2,4	3	3	0,92	0,96

<b>Resultados obtidos pela aplicação da escala de Graffar</b>				
<b>Grupo de controlo (N = 13)</b>				
	Frequência	%	% válida	% acumulada
<b>C. Alta</b>	4	30,8	30,8	30,8
<b>C. Média Alta</b>	0	0	0	0
<b>C. Média</b>	9	69,2	69,2	100
<b>C. Média Baixa</b>	0	0	0	0
<b>C. Baixa</b>	0	0	0	0
<b>Total</b>	13	100	100	-

Tabela V - Caracterização da amostra, segundo a classificação de Graffar, do grupo de controlo, atendendo às medidas estatísticas: média, mediana, moda, variância, desvio padrão e frequência absoluta.

Da tabela VI observa-se no que diz respeito à coesão familiar, que os valores oscilam entre os 12 e os 48 pontos e a dispersão das respostas corresponde a 10,88, no primeiro momento de avaliação. Em média, as famílias têm um nível de coesão familiar igual a 29,30. Tendo em conta a amplitude desta subescala do FACES (Min = 10; Max = 50), pode considerar-se que a presente amostra revela uma coesão média.

Perspetivando a Adaptabilidade familiar, no primeiro momento de avaliação, os valores mínimo e máximo variam entre os 12 e os 43 pontos e que a dispersão das respostas corresponde a 10. Em média, as famílias apresentam um nível de adaptabilidade familiar igual a 23,84. Os valores de mínimo e máximo para esta dimensão situam-se, respetivamente, entre 10 e 50. Atendendo a estes valores, pode considerar-se, também, que a presente amostra apresenta uma adaptabilidade ligeiramente abaixo da média.

No segundo momento de avaliação, no que concerne à coesão familiar, os valores oscilam entre os 30 e os 38 pontos e a dispersão das respostas correspondem a 2,71. Este valor de desvio padrão significa, estatisticamente, que os valores de resposta estão próximos da média ou do valor esperado. Em média, as famílias têm um nível de coesão familiar igual a 34,77. Tendo em conta a amplitude desta subescala do FACES (Min = 10; Max = 50), pode-se considerar que a presente amostra apresenta uma coesão

familiar relativamente elevada. Em relação ao primeiro momento de avaliação observa-se um aumento ligeiramente significativo de 31,75 para 34,77.

Perspetivando a adaptabilidade familiar, os valores mínimo e máximo variam entre os 16 e os 33 pontos e que a dispersão das respostas corresponde a 4,73. Em média, as famílias apresentam um nível de adaptabilidade familiar igual a 27,85. Tal como acontece para a coesão familiar, os valores de mínimo e máximo para esta dimensão situam-se, respetivamente, entre 10 e 50. Atendendo a estes valores, pode considerar-se que a presente amostra apresenta uma adaptabilidade relativamente elevada. Acresce observar um aumento ligeiramente significativo de 23,84 para 27,85 na média relativa a esta dimensão da escala.

Para a dimensão coesão familiar, o teste de Wilcoxon revela, com significado estatístico ( $p = ,039$ ), que de um primeiro para um segundo momento de avaliação se observam 10 diferenças positivas e 3 negativas, evidenciando, ganhos em saúde sob o ponto de vista das intervenções de enfermagem levadas a cabo pela metodologia desenvolvida com as famílias.

Para a dimensão adaptabilidade familiar, o teste de Wilcoxon revela, apesar de não evidenciar significado estatístico ( $p = 0,107$ ), que de um primeiro para um segundo momento de avaliação se observam 10 diferenças positivas e 3 negativas, colocando em evidência ganhos em saúde, sob o ponto de vista das intervenções de enfermagem levadas a cabo pela metodologia desenvolvida com as famílias.

<b>Descritivos de Adaptabilidade de Coesão familiar, grupo experimental, 1º momento (N = 13)</b>				
	$\bar{X}$	Dp	Mínimo	Máximo
Coesão familiar	29,30	10,88	12	48
Adaptabilidade familiar	23,84	10,00	12	43

<b>Descritivos de Adaptabilidade de Coesão familiar, grupo experimental, 2º momento (N = 13)</b>				
	$\bar{X}$	Dp	Mínimo	Máximo
Coesão familiar	34,77	2,71	30	38
Adaptabilidade familiar	27,85	4,83	16	33

**Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de amostras relacionadas**

**Comparativo entre Coesão familiar 1º e 2º momento de avaliação, grupo experimental (N = 13)**

Erro padrão	14,257	Dif. Positivas	10
Est. do teste padronizado	2,069	Dif. Negativas	3
p	0,039	N.º Empates	0

**Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de amostras relacionadas**

**Comparativo entre Adaptabilidade familiar 1º e 2º momento de avaliação, grupo experimental (N = 13)**

Erro padrão	14,257	Dif. Positivas	10
Est. do teste padronizado	1,613	Dif. Negativas	3
p	0,107	N.º Empates	0

Tabela VI - Descritivos de Adaptabilidade de Coesão familiar, grupo experimental (N = 13), 1º e 2º momento. Teste dos postos sinalizados e Wilcoxon de amostras relacionadas.

Na tabela seguinte apresentam-se os resultados respeitantes à correlação entre coesão e adaptabilidade familiares, para o grupo experimental, no primeiro e segundo momento de avaliação.

Observa-se, na tabela VII, no primeiro momento de avaliação, que a relação entre a Coesão familiar e a Adaptabilidade familiar é significativa e positiva (0,943;  $p = 0,010$ ).

Verifica-se, também, uma associação muito forte, uma vez que o valor do p de Spearman se situa acima de 0,9.

Num segundo momento de avaliação e relativamente ao grupo experimental, a relação entre a Coesão familiar e a Adaptabilidade familiar é significativa e positiva (0,742;  $p = 0,010$ ). Torna-se evidente uma associação forte, uma vez que o valor do p de Spearman se situa entre os valores 0,7 a 0,9.

<b>Correlação entre a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar, grupo experimental, 1º momento (N = 13)</b>		
	Coesão familiar	Adaptabilidade familiar
Coesão familiar	-	0,943
Adaptabilidade familiar	0,943	-
$p = 0,010$		
<b>Correlação entre a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar, grupo experimental, 2º momento (N = 13)</b>		
	Coesão familiar	Adaptabilidade familiar
Coesão familiar	-	0,742
Adaptabilidade familiar	0,742	-
$p = 0,010$		

Tabela VII.- Correlação entre a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar, grupo experimental (N = 13), 1º e 2º momento.

Quanto às dimensões coesão e adaptabilidade, do grupo de controlo, apresentam-se os descritivos gerais, que compõem a escala FACES III, na tabela VIII. São apresentados os resultados respeitantes ao Teste de Wilcoxon, para as dimensões coesão e adaptabilidade familiares, relacionando o primeiro com o segundo momento de avaliação.

No que diz respeito à coesão familiar, relativamente ao grupo de controlo, no primeiro momento de avaliação, pode observar-se que os valores oscilam entre os 17 e os 48

pontos e a dispersão das respostas corresponde a 11,56. Em média, as famílias têm um nível de coesão familiar igual a 31,85. Tendo em conta a amplitude desta subescala do FACES (Min = 10; Max = 50), pode-se considerar que a presente amostra apresenta uma coesão familiar relativamente elevada.

Perspetivando a adaptabilidade familiar, os valores mínimo e máximo variam entre os 12 e os 44 pontos e que a dispersão das respostas corresponde a 10,10. Em média, as famílias apresentam um nível de adaptabilidade familiar igual a 27,38. Tal como acontece para a coesão familiar, os valores de mínimo e máximo para esta dimensão situam-se, respetivamente, entre 10 e 50. Atendendo a estes valores, pode considerar-se que a presente amostra apresenta uma adaptabilidade relativamente elevada.

No segundo momento de avaliação, no que concerne à coesão familiar, observa-se que os valores oscilam entre os 17 e os 48 pontos e a dispersão das respostas correspondem a 11,72. Em média, as famílias têm um nível de coesão familiar igual a 31,76. Tendo em conta a amplitude desta subescala do FACES (Min = 10; Max = 50), pode-se considerar que a presente amostra apresenta uma coesão familiar relativamente elevada. Em relação ao primeiro momento de avaliação observa-se um decréscimo muito pouco significativo de 31,85 para 31,76, o que permite concluir que não se verificaram mudanças significativas, nesta dimensão da escala, de um primeiro para um segundo momento.

No que à adaptabilidade familiar diz respeito, os valores mínimo e máximo variam entre os 12 e os 46 pontos e que a dispersão das respostas corresponde a 10,59. Em média, as famílias apresentam um nível de adaptabilidade familiar igual a 27,31. Tal como acontece para a coesão familiar, os valores de mínimo e máximo para esta dimensão situam-se, respetivamente, entre 10 e 50. Atendendo a estes valores, pode considerar-se que a presente amostra apresenta uma adaptabilidade relativamente elevada. Acresce observar um decréscimo muito pouco significativo de 27,38 para 27,31 na média relativa a esta dimensão da escala, o que permite concluir que não se verificaram mudanças significativas, nesta dimensão da escala, de um primeiro para um segundo momento.

<b>Descritivos de Adaptabilidade de Coesão familiar, grupo de controlo, 1º momento (N = 13)</b>				
	$\bar{X}$	Dp	Mínimo	Máximo
Coesão familiar	31,85	11,56	17	48
Adaptabilidade familiar	27,38	10,10	12	44

<b>Descritivos de Adaptabilidade de Coesão familiar, grupo de controlo, 2º momento (N = 13)</b>				
	$\bar{X}$	Dp	Mínimo	Máximo
Coesão familiar	31,76	11,72	17	48
Adaptabilidade familiar	27,31	10,59	12	46

**Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de amostras relacionadas**

**Comparativo entre Coesão familiar 1º e 2 momento de avaliação, grupo de controlo (N = 13)**

Erro padrão	1,837	Dif. Positivas	1
Est. do teste padronizado	-0,272	Dif. Negativas	2
p	0,785	N.º Empates	10

**Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de amostras relacionadas**

**Comparativo entre Adaptabilidade familiar 1º e 2 momento de avaliação, grupo de controlo (N = 13)**

Erro padrão	2,646	Dif. Positivas	1
Est. do teste padronizado	-0,378	Dif. Negativas	3
p	0,705	N.º Empates	9

Tabela VIII - Descritivos de Adaptabilidade e Coesão familiar, grupo de controlo (N = 13), 1º e 2º momento. Teste dos postos sinalizados e Wilcoxon de amostras relacionadas.

Na tabela que se segue são apresentados os resultados respeitantes à correlação entre coesão e adaptabilidade familiares, para o grupo de controlo, no primeiro e segundo momento de avaliação.

Observa-se, na tabela IX, que a relação entre a coesão e adaptabilidade familiares é significativa e positiva (0,944;  $p = 0,010$ ). Constata-se uma associação muito forte, entre as duas dimensões, uma vez que o valor de Spearman se situa acima de 0,9.

No segundo momento de avaliação, a relação entre a coesão e a adaptabilidade familiares é significativa e positiva (0,954;  $p = 0,010$ ). Observa-se, também, uma associação muito forte, uma vez que o valor de Spearman se situa acima do valor de 0,9.

<b>Correlação entre a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar, grupo de controlo, 1º momento (N = 13)</b>		
	Coesão familiar	Adaptabilidade familiar
Coesão familiar	-	0,944
Adaptabilidade familiar	0,944	-
$p = 0,010$		
<b>Correlação entre a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar, grupo de controlo, 2º momento (N = 13)</b>		
	Coesão familiar	Adaptabilidade familiar
Coesão familiar	-	00,954
Adaptabilidade familiar	0,954	-
$p = 0,010$		

Tabela IX.- Correlação entre a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar, grupo de controlo, 1º e 2º momento (N = 13).

Na tabela X podem observar-se os resultados obtidos antes e após codesenvolvimento de consultas de enfermagem à família, à luz do Modelo Circumplexo de Olson, relativamente às dimensões coesão e adaptabilidade familiares, no que diz respeito ao grupo experimental.

De destacar o aumento significativo de famílias semi-relacionadas (meio-termo) que, na perspetiva de Olson (2000), são preditoras de um funcionamento mais equilibrado e, preditoras também, de melhor capacidade de resiliência face à adversidade. As famílias equilibradas são concebidas como mais funcionais (Barker, 2000).

Quanto à dimensão adaptabilidade familiar verifica-se o aumento de famílias flexíveis, mas também, embora em menor número, o aumento de famílias caóticas, o que não

deve deixar de ser sinalizado, com o intuito de perceber este aparente retrocesso no funcionamento familiar de duas das famílias envolvidas no estudo.

O acréscimo de famílias flexíveis (meio-termo) é na perspectiva de Olson (2000), preditor de um funcionamento mais equilibrado e, subsequentemente, de melhor capacidade de resiliência face à adversidade. Mais uma vez, famílias mais equilibradas são concebidas como mais funcionais (Barker, 2000).

<b>Dimensão Coesão (FACES III)</b>	<b>Dimensão Coesão (FACES III)</b>
<b>Grupo experimental</b>	
<b>1º Momento</b>	<b>2º Momento</b>
Famílias não relacionadas - 8	Famílias não relacionadas - 6
Famílias semi-relacionadas - 2	Famílias semi-relacionadas - 7
Famílias relacionadas - 0	Famílias relacionadas - 0
Famílias aglutinadas - 3	Famílias aglutinadas - 0
<b>Dimensão Adaptabilidade (FACES III)</b>	<b>Dimensão Adaptabilidade (FACES III)</b>
<b>Grupo experimental</b>	
<b>1º Momento</b>	<b>2º Momento</b>
Famílias rígidas - 6	Famílias rígidas - 1
Famílias estruturadas - 2	Famílias estruturadas - 1
Famílias flexíveis - 1	Famílias flexíveis - 5
Famílias caóticas - 4	Famílias caóticas - 6

Tabela X - Categorias coesão e adaptabilidade familiares do grupo experimental nos dois momentos de avaliação (N = 13).

Na tabela XI observam-se os resultados respeitantes a estas mesmas categorias no grupo de controlo. O funcionamento familiar, quanto à dimensão coesão familiar diz respeito manteve-se igual com exceção de uma família que regrediu no seu funcionamento, passando de relacionada para aglutinada.

Quanto à dimensão adaptabilidade familiar observa-se que não se verificam alterações, com exceção de uma família que regrediu no seu funcionamento, passando de relacionada para rígida.

Os resultados elencados sobre este aspeto evolutivo saem reforçados pelos resultados apresentados pelo Teste de Wilcoxon, como se pode observar na tabela VI.

<b>Dimensão Coesão (FACES III)</b>	<b>Dimensão Coesão (FACES III)</b>
<b>Grupo de controlo</b>	
<b>1º Momento</b>	<b>2º Momento</b>
Famílias não relacionadas - 8	Famílias não relacionadas - 8
Famílias semi-relacionadas - 1	Famílias semi-relacionadas - 1
Famílias relacionadas - 1	Famílias relacionadas - 0
Famílias aglutinadas - 3	Famílias aglutinadas - 4
<b>Dimensão Adaptabilidade (FACES III)</b>	<b>Dimensão Adaptabilidade (FACES III)</b>
<b>Grupo de controlo</b>	
<b>1º Momento</b>	<b>2º Momento</b>
Famílias rígidas - 2	Famílias rígidas - 3
Famílias estruturadas - 4	Famílias estruturadas - 3
Famílias flexíveis - 3	Famílias flexíveis - 3
Famílias caóticas - 4	Famílias caóticas - 4

Tabela XI - Categorias coesão e adaptabilidade familiares do grupo de controlo nos dois momentos de avaliação (N = 13).

#### **IV.I. Propriedades Psicométricas do instrumento FACES III**

Neste estudo, a análise das propriedades psicométricas do instrumento FACES III incidiu sobre a sua fidelidade, com o intuito de aferir a sua capacidade de consistência interna em relação a esta população amostral.

Segundo Maroco J. e Garcia-Marques T. (2006), a fiabilidade de uma medida diz respeito à sua capacidade de consistência. Quando um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados aplicado a amostras estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável. Dizemo-lo, porém, com maior ou menor grau de certeza porque toda a medida é sujeita a erro. Nesta perspetiva, a fiabilidade que podemos observar nos nossos dados é uma estimativa, e não um “dado” em si mesmo.

Ainda segundo estes autores, qualquer medida, classificação obtida por uma escala ou teste por um indivíduo, tem sempre duas componentes aditivas: o verdadeiro resultado, capacidade, classificação ou medida ( $\tau$ ) do objeto e o erro de medida do atributo ou capacidade do objeto.

O “Erro” é a variabilidade observada no processo de mensuração de um mesmo objeto. A ausência de erro é “consistência”. Consistência é assim o termo fundamental para definir o conceito de fiabilidade.

Considerando que as respostas aos itens do FACES III são do tipo Likert de cinco pontos, que se distribuem numa escala ordinal, recorreu-se ao coeficiente alfa de Cronbach para medir a consistência interna.

Na tabela seguinte podem observar-se os resultados deste teste, aplicado à amostra na sua globalidade, nos diferentes momentos de aplicação da escala, nas duas dimensões que a constituem.

Os valores do alfa de Cronbach foram muito satisfatórios em ambas as dimensões com valores respetivamente de  $\alpha = 0,948$  para a dimensão coesão e  $\alpha = 0,928$  para a dimensão adaptabilidade, no primeiro momento. As correlações inter-item observam-se, respetivamente, para a coesão e adaptabilidade familiares valores de 0,647 e 0,562.

No segundo momento de avaliação, os valores do alfa de Cronbach apresentam-se muito satisfatórios na dimensão coesão familiar ( $\alpha = 0,923$ ), como também na adaptação familiar ( $\alpha = 0,928$ ). Considerando os valores do obtidos, pode afirmar-se que a consistência interna é bastante elevada nas duas dimensões da escala. Quanto às correlações inter-item observam-se, respetivamente, para a coesão e adaptabilidade familiares valores de 0,546 e 0,562.

De um primeiro para um segundo momento de avaliação verifica-se que houve discretas alterações no valor de alfa de Cronbach, de ,948 num primeiro momento para 0,928 no segundo momento de aplicação da escala, para a Coesão familiar, mas não para a dimensão Adaptabilidade familiar, que se manteve no mesmo valor de 0,92.

Segundo a literatura consultada podem aceitar-se valores de alfa de Cronbach elevados. Peterson (1994) numa meta-análise da utilização do  $\alpha$  de Cronbach na literatura das ciências sociais e humanas, observou um  $\alpha$  médio de 0,70 (na medição de valores) a 0,82 (na medição da satisfação com o trabalho). Com poucas exceções, este autor não observou nenhuma relação entre a magnitude do  $\alpha$  e o design experimental das características investigadas. No seu trabalho de investigação, resume os níveis de fiabilidade recomendados por diversos autores, que deve servir como uma base de

partida e não como critério definitivo de classificação. Segundo Murphy & Davidsholder (1988) é aceitável, traduzindo elevada fiabilidade, um valor acima de ,9. Na perspectiva de Nunnally (1978) um valor entre 0,9 e 0,95 é tradutor de elevada fiabilidade, na ótica da investigação aplicada. De acordo com Pestana e Gageiro (2008), a consistência interna pode ser muito boa se  $\alpha$  for superior a 0,9), boa se estiver compreendido entre 0,8 e 0,9, razoável se compreendido entre 0,7 e 0,8, fraca se compreendido entre 0,6 e 0,7 e, por último, inadmissível se inferior a 0,6.

De referir que no estudo levado a cabo por Curral, R., Durado, F., Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida, E. L. (1999), Coesão e Adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: estudo com o FACES III, os valores de alfa de Cronbach obtidos para a Coesão familiar e Adaptabilidade familiar foram respetivamente de 0,78 e 0,71.

Como sinalizado anteriormente o valor de alfa de Cronbach deve servir como base de partida e não como critério definitivo de classificação.

<b>Consistência interna para as dimensões Coesão e Adaptabilidade familiar, para a totalidade da amostra, 1º momento (N = 26)</b>		
	$\alpha$	$M_{r_{it}}^7$
Coesão familiar	0,948	0,647
Adaptabilidade familiar	0,928	0,562

<b>Consistência interna para as dimensões Coesão e Adaptabilidade familiar, para a totalidade da amostra, 2º momento (N = 26)</b>		
	$\alpha$	$M_{r_{it}}^7$
Coesão familiar	0,923	0,546
Adaptabilidade familiar	0,928	0,562

Tabela XII - Consistência interna para as dimensões coesão e adaptabilidade familiares, para a totalidade da amostra, 1º e 2º momento (N = 26).

Na Tabela XIII apresenta-se a consistência interna das dimensões do FACES III e respetivos itens, no 1º momento de aplicação da escala para a totalidade da amostra.

(Anexo I). De salientar que o item 20, referente à adaptabilidade familiar, apresenta o mais baixo índice de correlação item-total (-0,004). Quanto à dimensão coesão Familiar, a maior correlação observada foi entre o item 1 e os restantes (0,910), enquanto que na adaptabilidade, o item 10 registou o maior índice de correlação item-total (0,920). A observação da segunda coluna permite perceber o efeito de cada item na consistência interna das dimensões de adaptabilidade e coesão familiares. Na coesão familiar, verifica-se que eliminando o item 19, o alfa aumentaria de 0,948 para 0,962, representando a alteração mais significativa de item nesta dimensão. Na dimensão adaptabilidade familiar, verifica-se um aumento significativo da consistência interna ao eliminar o item 20, onde o alfa de Cronbach passaria de 0,928 para 0,954. No cômputo geral a consistência interna da escala é muito forte nas duas dimensões.

A Tabela XIV refere-se à consistência interna das dimensões do FACES III e respetivos itens, no 2º momento de aplicação da escala para a totalidade da amostra (Anexo II). De salientar que o item 19, referente à coesão familiar, apresenta o mais baixo índice de correlação item-total (-0,007). Nesta dimensão, a maior correlação observada foi entre o item 17 e os restantes (0,911), enquanto na adaptabilidade, o item 6 registou o maior índice de correlação item-total (0,863). A observação da segunda coluna, referente ao valor do alfa de Cronbach se o item fosse eliminado, permite perceber o efeito de cada item na consistência interna das dimensões de adaptabilidade e de coesão Familiar. Deste modo, na coesão familiar, não se observa vantagem na eliminação de qualquer um dos itens associados a esta dimensão, uma vez que não se observam alterações no valor de alfa de Cronbach pela eliminação de qualquer um deles. Na dimensão adaptabilidade familiar, verifica-se um aumento ligeiro da consistência interna ao eliminar o item 20, onde o alfa de Cronbach passaria de 0,928 para 0,941. Tal como no primeiro momento, verifica-se que a consistência interna da escala é muito forte nas duas dimensões.

#### **IV.II. Questionário desenvolvido pela equipa de investigação**

O questionário utilizado é visível na tabela XV (Anexo III), donde constam as frequências absolutas, relativamente ao grupo experimental e ao primeiro momento de aplicação. Optou-se por esta forma de apresentação de resultados, uma vez que as famílias não passaram por uma série de eventos constantes do questionário, surgindo

como casos omissos, que, apresentando os resultados de outra forma os tornaria de difícil percepção e interpretação, não representando uma mais valia, como assim se supõe que será.

Na tabela XV podem observar-se frequências absolutas elevadas nomeadamente na coluna mais à direita “Não se aplica”. Esta coluna foi introduzida no questionário com o propósito de sinalizar situações/fases do ciclo vital familiar que a família ainda não tinha experienciado ou que pelas quais nunca passou e, como tal, não poderia aferir o grau de apoio sentido ou percebido em relação ao seu enfermeiro de família. Devido a esta opção correu-se o risco, assumido e esclarecido, de boa parte das famílias sinalizarem esta opção de resposta, pelas razões descritas anteriormente.

Relativamente à análise desta tabela, parece-nos importante destacar as questões em que as respostas “quase sempre” e “sempre” foram predominantes. Assim sendo, as questões Q. 8 e Q. 9 evidenciam a percepção mais elevada de apoio sentido/percebido “sempre” por parte da família em relação ao seu enfermeiro de família. A questão Q. 8 alude a mudanças ou tarefas normativas relacionadas com o estágio 7 do ciclo vital de Duvall (Q. 8). A questão Q. 9 procura determinar o apoio sentido/percebido face a uma situação de doença grave. As questões Q. 13 e Q. 14 são as que apresentam valores absolutos mais elevados relativamente ao apoio percebido, “quase sempre”, por parte do seu enfermeiro de família. Na dimensão comunicacional familiar (Q. 13) e quando um elemento da família esteve doente (Q. 14), foram os momentos relacionados com o apoio “quase sempre” percebido pela família em relação ao seu enfermeiro de família.

Por outro lado, as questões sinalizadas como “nunca” terem percebido apoio por parte do seu enfermeiro de família, com maior frequência absoluta são as Q. 11, Q. 13 e Q. 15. Foi no estágio 1 do ciclo vital de Duvall (Q. 11), relacionado com a formação da família, preparação para a parentalidade; na dimensão comunicacional familiar (Q. 13) e na dimensão relacionada com o desenvolvimento, mais propriamente na relação de casal (Q. 15), que as famílias sentiram menos apoio por parte do seu enfermeiro de família.

Na tabela XVI (Anexo IV), são apresentadas as frequências absolutas, relativamente ao grupo de controlo e ao primeiro momento de aplicação.

No que à análise destes dados concerne, considera-se pertinente destacar as questões em que as respostas “quase sempre” e “sempre” foram predominantes. São as questões Q.2, Q. 8, Q. 9 e Q. 12, em que foi identificado na coluna “sempre”, o apoio sentido/percebido por parte do seu enfermeiro de família. Nos aspetos relacionados com as mudanças ou tarefas relativas ao estágio 2 do ciclo vital de Duvall; nos aspetos relacionados com mudanças ou tarefas normativas relacionadas com o estágio 7 do ciclo vital de Duvall (Q. 8); a questão Q. 9 que procura determinar o apoio sentido/percebido face a uma situação de doença grave, bem como quando a família teve de desenvolver estratégias para lidar com a parentalidade (Q. 12) (estágio 1 e 2 do ciclo vital de Duvall); que as famílias sentiram sempre apoio por parte do seu enfermeiro de família. As questões Q. 10 e Q. 14 são as que apresentam valores absolutos mais elevados referentes ao apoio percebido, quase sempre, por parte do seu enfermeiro de família. A questão Q. 10 diz respeito a um evento traumático, apesar de normativo, no desenvolvimento familiar. A questão Q. 14 diz respeito à doença de um elemento do agregado familiar.

Por outro lado, as questões sinalizadas como “nunca” terem percebido apoio por parte do seu enfermeiro de família, com maior frequência absoluta são as Q. 13 e Q. 15. Os aspetos relacionados com as dimensões comunicacional familiar (Q. 13) e desenvolvimento, mais propriamente na relação de casal (Q. 15), foram sinalizados como sendo aqueles em que as famílias sentiram menos apoio por parte do seu enfermeiro de família.

Os dados que se apresentam na tabela XVII (Anexo V) dizem respeito ao grupo experimental, num segundo momento de avaliação.

Na tabela XVII (Anexo V) podem observar-se frequências absolutas elevadas nomeadamente na coluna mais à direita “Não se aplica”.

Similarmente às anteriores análises, parece-nos importante salientar as questões em que as respostas “quase sempre” e “sempre” foram predominantes. Desta forma, as questões Q. 8, Q. 9, Q. 13 e Q. 14 evidenciam os valores mais elevados relativos à dimensão apoio sentido/percebido “Sempre” por parte da família em relação ao seu enfermeiro de família. A questão Q. 8 alude a mudanças ou tarefas normativas relacionadas com o estágio 7 do ciclo vital de Duvall (Q. 8). A questão Q. 9 procura determinar o apoio

sentido/percebido face a uma situação de doença grave. As questões Q. 13 e Q. 14 dizem respeito à dimensão comunicacional familiar (Q. 13) e a questão Q. 14 refere-se ao momento em que um elemento da família esteve doente (Q. 14).

Na dimensão “quase sempre” as questões Q. 9, Q. 13, Q. 14 e Q. 15 são as que apresentam valores absolutos mais elevados. A questão Q. 9 procura determinar o apoio sentido/percebido face a uma situação de doença grave. As questões Q. 13 e Q. 14 dizem respeito à dimensão comunicacional familiar (Q. 13) e a questão Q. 14 refere-se ao momento em que um elemento da família esteve doente (Q. 14). A questão Q. 15 remete para a dimensão comunicacional, mais propriamente na relação de casal.

De forma oposta, as questões sinalizadas como “nunca” terem percebido apoio por parte do seu enfermeiro de família, com maior frequência absoluta são as Q. 1, Q. 2 e Q. 11. Foi no estágio 1 do ciclo vital de Duvall (Q. 1), relacionado com a formação da família, preparação para a parentalidade; no estágio 2 do ciclo vital de Duvall (Q. 2 e Q. 11) que as famílias sentiram menos apoio por parte do seu enfermeiro de família.

Na tabela XVIII (Anexo VI) são apresentados os resultados obtidos pela aplicação do questionário, num segundo momento, ao grupo de controlo.

Podem observar-se, nesta tabela, frequências absolutas elevadas nomeadamente na coluna mais à direita “Não se aplica”.

Destacam-se as questões em que as respostas “quase sempre” e “sempre” foram predominantes.

As questões Q.2, Q. 4, Q. 8, Q. 9 e Q. 12, em que foi identificado na coluna “sempre”, o apoio sentido/percebido por parte do seu enfermeiro de família. Foi nos aspetos relacionados com as mudanças ou tarefas relativas ao estágio 2 do ciclo vital de Duvall (Q. 2); nos aspetos relacionados com mudanças ou tarefas normativas relacionadas com o estágio 4 do ciclo vital de Duvall (Q. 8); nos aspetos relacionados com mudanças ou tarefas normativas relacionadas com o estágio 7 do ciclo vital de Duvall (Q. 8); a questão Q. 9 que procura determinar o apoio sentido/percebido face a uma situação de doença grave, bem como quando a família teve de desenvolver estratégias para lidar com a parentalidade (Q. 12) (estágio 1 e 2 do ciclo vital de Duvall); que as famílias sentiram “sempre” apoio por parte do seu enfermeiro de família. A questão Q. 14

destaca-se por apresentar valor absoluto mais elevado no que ao apoio percebido, “quase sempre”, por parte do seu enfermeiro de família, diz respeito. Esta questão refere-se ao apoio percebido/sentido, pela família, num momento de doença de um elemento do agregado familiar.

Por outro lado, as questões sinalizadas como “nunca” terem percebido apoio por parte do seu enfermeiro de família, com maior frequência absoluta continuam a ser as Q. 13 e Q. 15. Os aspetos relacionados com as dimensões comunicacional familiar (Q. 13) e desenvolvimento, mais propriamente na relação de casal (Q. 15), foram sinalizados como sendo aqueles em que as famílias sentiram menos apoio por parte do seu enfermeiro de família.

#### **IV.III. Comparativo entre o 1º e 2º momento de aplicação do questionário**

Objetivando uma leitura evolutiva entre os dois momentos de aplicação do questionário, segue-se uma análise comparativa entre as questões identificadas com valores mais significativos, nas dimensões “nunca”, “quase sempre” e “sempre”, nos dois grupos em estudo.

##### **No grupo experimental:**

As questões Q. 8 e Q. 9 evidenciam a perceção mais elevada de apoio sentido/percebido (Sempre) por parte da família em relação ao seu enfermeiro de família, num 1º momento com valores absolutos de 3 para Q. 8 e 3 para Q. 9. No segundo momento de aplicação do questionário os valores absolutos para estas questões foram, respetivamente, 6 para Q. 8 e 7 para Q. 9. Neste particular destaca-se um aumento significativo em relação ao apoio sentido/percebido, por parte das famílias em relação às mudanças/tarefas a desenvolver no estágio 7 do ciclo vital de Duvall (reconstrução da relação de casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas), bem como ao apoio sentido/percebido em situação de doença grave.

Por outro lado, constatou-se um aumento muito significativo nos valores absolutos das questões Q. 13 e Q. 14, constituindo-se como um fator surpresa, uma vez que, de facto, não eram espectáveis aumentos tão significativos entre os dois momentos de avaliação. Os valores passaram de 1, no 1º momento, na questão Q. 13 para 8, no 2º momento e de 0, no 1º momento, para a questão Q. 14 para 7, no segundo momento.

As questões sinalizadas como nunca terem percebido apoio por parte do seu enfermeiro de família, com maior frequência absoluta são as Q. 11, Q. 13 e Q. 15. Foi no estágio 1 do ciclo vital de Duvall (Q. 11), relacionado com a formação da família, preparação para a parentalidade; na dimensão comunicacional familiar (Q. 13) e na dimensão relacionada com o desenvolvimento, mais propriamente na relação de casal (Q. 15), que as famílias sentiram menos apoio por parte do seu enfermeiro de família.

As questões Q. 13 e Q. 14 são as que apresentam valores absolutos mais elevados relativamente ao apoio percebido, quase sempre, por parte do seu enfermeiro de família, no 1º momento de aplicação do questionário. Na dimensão comunicacional familiar (Q. 13) e quando um elemento da família esteve doente (Q. 14). Os valores referentes a este 1º momento são, respetivamente, 2 (Q. 13) e 3 (Q. 14).

No 2º momento, na dimensão quase sempre, as questões Q. 9, Q. 13, Q. 14 e Q. 15 são as que apresentam valores absolutos mais elevados. Do 1º para o 2º momento de avaliação a dimensão associada à questão Q. 9 aumentou de 1 para 3, em valor absoluto, o que representa um aumento relativamente significativo. A questão Q. 9 procura determinar o apoio sentido/percebido face a uma situação de doença grave. A questão Q. 13 diz respeito à dimensão comunicacional familiar, tendo aumentado o seu valor absoluto para 4, no 2º momento de avaliação. Quanto à questão Q. 14 refere-se ao momento em que um elemento da família esteve doente (Q. 14), aumentou, também, o seu valor absoluto para 4. Observam-se, portanto, aumentos, ainda que discretos nestas duas dimensões do questionário. A questão Q. 15 remete para a dimensão comunicacional, mais propriamente na relação de casal. De um valor absoluto de 1, registado no 1º momento aumentou para 4 no 2º momento de avaliação.

As questões sinalizadas como “nunca” terem percebido apoio por parte do seu enfermeiro de família, com maior frequência absoluta são as Q. 11, Q. 13 e Q. 15. Os valores absolutos obtidos no 1º momento de avaliação foram, respetivamente de 4; 3 e 6.

No 2º momento os valores absolutos obtidos para estas questões foram 3 (Q. 11), 0 (Q. 13) e 0 (Q. 15).

Observa-se, claramente, um aumento muito significativo no que às questões Q. 13 e Q. 15 concerne, isto é, no que ao apoio sentido/percebido, pelas famílias do grupo experimental, relativamente aos aspetos ligados à dimensão comunicacional familiar (Q. 13) e à dimensão relacionada com o desenvolvimento, mais propriamente na relação de casal (Q. 15).

#### **No grupo de controlo:**

No que à análise destes dados concerne, considera-se pertinente destacar as questões em que as respostas “quase sempre” e “sempre” foram predominantes. São as questões Q. 2, Q. 8, Q. 9 e Q. 12, em que foi identificado na coluna “sempre”, o apoio sentido/percebido por parte do seu enfermeiro de família. Foi nos aspetos relacionados com as mudanças ou tarefas relativas ao estágio 2 do ciclo vital de Duvall (Q. 2); nos aspetos relacionados com mudanças ou tarefas normativas relacionadas com o estágio 7 do ciclo vital de Duvall (Q. 8); face a uma situação de doença grave (Q. 9), bem como quando a família teve de desenvolver estratégias para lidar com a parentalidade (Q. 12 - estágio 1 e 2 do ciclo vital de Duvall), que as famílias sentiram sempre apoio por parte do seu enfermeiro de família.

Neste primeiro momento, os valores absolutos relativamente a estas questões foram de 2.

No segundo momento de aplicação do questionário os valores absolutos, respeitantes a estas questões mantiveram-se inalterados.

As questões Q. 10 e Q. 14 são as que apresentam valores absolutos mais elevados referentes ao apoio percebido, “quase sempre”, por parte do seu enfermeiro de família. A questão Q. 10 diz respeito a um evento traumático, apesar de normativo, no desenvolvimento familiar. A questão Q. 14 diz respeito à doença de um elemento do agregado familiar.

No primeiro momento de aplicação do questionário os valores absolutos relativos a estas questões foram Q. 10 – 2 e Q. 14 – 3.

No segundo momento de avaliação a estas questões, os valores obtidos foram, respetivamente de Q. 10 – 1 e Q. 14 – 3. Verifica-se uma muito ligeira diminuição no

que ao apoio familiar, por parte do enfermeiro de família diz respeito, relativamente à morte de um elemento da família.

Por outro lado, as questões sinalizadas como “nunca” terem percebido apoio por parte do seu enfermeiro de família, com maior frequência absoluta são as Q. 13 e Q. 15. Os aspetos relacionados com as dimensões comunicacional familiar (Q. 13) e desenvolvimento, mais propriamente na relação de casal (Q. 15), foram sinalizados como sendo aqueles em que as famílias sentiram menos apoio por parte do seu enfermeiro de família.

Num primeiro momento de avaliação a estas questões os valores obtidos foram de Q. 13 - 9 e Q. 15 - 11.

No segundo momento os valores obtidos para as mesmas questões foram de Q. 13 - 8 e Q. 15 - 11.

Mais uma vez se verifica uma diminuição muito pouco significativa na questão Q. 13 que diz respeito ao apoio sentido em relação ao enfermeiro de família no que aos aspetos comunicacionais na relação de casal concerne, tendo-se mantido o valor para a questão Q. 15.

## **V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo serão discutidos os principais resultados obtidos, perspetivando os objetivos do estudo.

Primeiramente será analisada a amostra com o propósito de aferir a sua homogeneidade, no que à classe social concerne. Para o efeito recorreu-se à escala de Graffar. Seguidamente far-se-á uma análise às tipologias familiares em que foi utilizada a classificação de Hêrnani Cainço, Pedro Bairrada, Esther Rodrigues e Armando Carvalho (2010). Posteriormente serão discutidos os resultados obtidos pela aplicação da escala FACES III, isto é, as dimensões coesão e adaptabilidade familiares. Por último serão abordados os dados respeitantes ao questionário desenvolvido pela equipa de investigação.

### **V.I. Caracterização da amostra**

A amostra é constituída por 26 famílias, divididas em dois grupos de 13 famílias, grupo experimental e grupo de controlo. Todas as famílias participantes estão inscritas na USF RaiaMaior, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano E.P.E., Distrito de Portalegre, Concelho de Campo Maior.

Dos resultados obtidos observam-se, no grupo experimental, 2 agregados familiares de classe alta e 11 de classe média. No grupo de controlo observam-se 4 agregados familiares de classe alta e 9 de classe média.

Pela análise descritiva dos resultados obtidos pode afirmar-se que existe homogeneidade na amostra, quanto à caracterização social. Outro dado obtido quanto a esta classificação foi a presença em maior número de agregados pertencentes à classe média (2,5), pese embora se verificar uma tendência para a classe média baixa, resultado evidenciado pelo valor da mediana (3).

## **V.II. Tipologias familiares**

Quanto às tipologias familiares optou-se pela classificação utilizada pelos autores Hênani Cainço, Pedro Bairrada, Esther Rodrigues e Armando Carvalho (2010). No que à caracterização desta dimensão diz respeito, foram identificadas três tipologias: alargada, nuclear e unipessoal.

A população amostral, considerando a predominância da tipologia familiar nuclear considerando, é homogénea na sua tipologia estrutural.

No que à literatura concerne não existe evidência de impacto, positivo ou negativo, pelo facto das famílias serem nucleares, alargadas, unipessoais ou de qualquer outro tipo.

Estudos levados a cabo por Grossman e Rowat (1995) concluíram que as dificuldades de funcionamento familiar não estão, necessariamente, associadas à tipologia familiar, mas sim às relações que se estabelecem entre os elementos.

A competência ou saúde da família depende de fatores como o desempenho de papéis específicos e a delimitação da função de autoridade nas figuras parentais, a qual é fundamental para um funcionamento familiar saudável e para o bem-estar dos seus membros (Féres-Carneiro, 1992). Além disso, a qualidade da comunicação estabelecida entre os cônjuges e a satisfação conjugal também constituem preditores de uma boa saúde física e emocional das crianças (Erel & Burman, 1995; Kreppner, 2000).

No entanto, sendo a família um sistema aberto em constante transformação, que se encontra sujeito a mudanças dinâmicas, mais ou menos acentuadas e causadoras de stresse, as mudanças podem dever-se a processos normativos e a processos não normativos (stresse, divórcio), encontrando-se num processo contínuo de adaptação (Relvas, 2003). A estrutura familiar deverá ser capaz de se adaptar, ou seja, de aceder a padrões transacionais alternativos e ser suficientemente flexível para mobilizá-los (Minuchin, 1988).

O que impacta no desenvolvimento familiar é a presença, ou não, de disfuncionalidade, que pode ser aferida pelas dimensões coesão, adaptabilidade, comunicação e satisfação familiares. A capacidade para desenvolver estratégias de adaptação adequadas é influenciada, entre outros aspetos, por dimensões associadas à qualidade das relações

afetivas, coesão, segurança, organização e ausência de conflitos (Dessen & Polonia, 2007). Além disso, a existência de uma comunicação eficaz entre os membros da família é tida como um importante mediador para a transmissão de regras e valores e, conseqüentemente, na capacidade de adaptação à mudança (Kreppner, 2000).

### **V.III. Coesão e adaptabilidade familiares**

Segundo Olson (2000), e em conformidade com a análise da FACES III, pontuações elevadas nas subescalas coesão e adaptabilidade familiares sugerem sistemas familiares mais equilibrados. Em contraponto, pontuações baixas nas mesmas subescalas, sugerem sistemas familiares desequilibrados. De acordo com o Modelo Circumplexo Tridimensional proposto por Olson, a utilização deste instrumento pretende demonstrar que as famílias com pontuações mais elevadas (tipo equilibradas) são mais funcionais, em comparação com as famílias com pontuações mais baixas (tipo extremas).

Como se foi perspetivando ao longo da apresentação de resultados do estudo, o grupo experimental apresentou um comportamento diferente de um primeiro para um segundo momento de avaliação tendo, à luz dos resultados observados, melhorando o seu funcionamento relativamente às dimensões coesão e adaptabilidade. Neste grupo, as famílias transitaram de funcionamentos mais extremados para funcionamentos mais equilibrados, em ambas as dimensões consideradas.

Em relação ao grupo experimental, no primeiro momento de aplicação da escala FACES III, observam-se valores, em média, mais elevados na dimensão coesão em relação à dimensão adaptabilidade familiar, tendência que se repete no segundo momento de avaliação.

No que se refere ao grupo de controlo observa-se esta mesma tendência.

O que difere do grupo experimental para o grupo de controlo, no que ao funcionamento familiar concerne é, que de um primeiro para um segundo momento de avaliação, se observam melhorias nos valores de coesão e adaptabilidade familiares, em relação ao grupo experimental, mas não, pelo menos com significado estatístico, no grupo de controlo.

No geral, a amostra apresenta níveis de coesão a adaptabilidade familiares muito aceitáveis, pese embora, os níveis de adaptabilidade familiar serem mais baixos.

Os resultados encontrados são consistentes com os observados por outros autores (Hidalgo et al., 2004) que relatam que a adaptação familiar se apresentava mais reduzida do que o seu nível de coesão familiar. Na opinião destes autores, isto pode significar que os participantes têm índices mais elevados de ligações afetivas com os elementos que compõem a sua família, do que capacidade para alterarem os seus papéis e regras em função de situações marcadas por stresse ou crise familiar.

Atendendo a estes valores, em relação às duas dimensões consideradas, de acordo com Oliva et al. (2008), podemos considerar que, de forma geral, os elementos que constituem o sistema familiar das famílias constituintes deste estudo são mais resilientes do que mal-adaptados. Na ótica destes autores, a coesão e a adaptabilidade familiares são mais elevadas em famílias de sujeitos resilientes do que em sujeitos mal-adaptados.

Observou-se uma associação muito significativa e positiva entre coesão e adaptabilidade familiar, no grupo experimental, no primeiro momento. Num segundo momento, a relação entre as duas dimensões mantém-se significativa e positiva, pese embora se verifique uma associação forte.

Quanto ao grupo de controlo, a relação entre coesão e adaptabilidade familiar é significativa e positiva, num primeiro momento de avaliação. Constata-se, também, uma associação muito forte, entre as duas dimensões, uma vez que o valor de Spearman se situa acima de 0,9. Num segundo momento de avaliação, a relação entre coesão e adaptabilidade familiar mantém-se significativa e positiva. Mantém-se observável uma associação muito forte entre as duas dimensões.

As associações significativas e positivas encontradas entre coesão e adaptabilidade familiar, indicam uma relação linear entre estas dimensões. A diferença identificada no grupo experimental do primeiro para o segundo momento pode explicar-se à luz de uma diferença maior entre os valores médios encontrados nos dois momentos de avaliação que se distanciam mais no segundo do que no primeiro momento.

A associação positiva e significativa identificada vai ao encontro de outros estudos publicados neste sentido (Currall et al., 1999; Martinez-Pampliega et al., 2011; Noller &

Shum, 1990; Rolim et al., 2006). Segundo Hidalgo, Lopez e colaboradores (2004), em estudos levados a cabo envolvendo a aplicação da escala FACES III, aludem para que famílias mais coesas são também as mais adaptadas.

No que diz respeito à consistência interna do instrumento FACES III, os valores encontrados são condizentes com uma elevada consistência interna para as duas dimensões, nos dois grupos de estudo, bem como nos dois momentos de aplicação da escala.

No estudo desenvolvido por Currel e colaboradores (1999) com o intuito de proceder à validação deste instrumento para a população portuguesa, os autores observaram uma boa consistência interna nas duas dimensões da escala, embora o coeficiente alfa da dimensão adaptabilidade familiar, seja inferior. Tal achado, segundo os autores, poderá sugerir uma maior uniformidade entre os itens na dimensão coesão e maior dispersão dos itens referentes à adaptação familiar.

Finalmente, nesta perspetiva, de salientar os resultados obtidos neste estudo pelo desenvolvimento de uma consulta de enfermagem estruturada, demonstrados, como se pode observar na tabela VI, pelo Teste de Wilcoxon, obtidos no grupo experimental, comparativamente aos obtidos no grupo de controlo. Tais resultados, favoráveis em relação ao grupo experimental, alicerçam uma prática de enfermagem de saúde familiar distinta na abordagem ao foco de cuidados.

#### **V.IV. Questionário desenvolvido pela equipa de investigação**

Sendo o questionário desenvolvido pela equipa de investigação inédito, correram-se alguns riscos, uns calculados, outros imprevistos, na sua realização. Como é facilmente observável foram obtidos números significativos de casos omissos, essencialmente porque as famílias sinalizaram não se aplica nas opções em que entenderam que ainda não tinham passado por essas fases do seu ciclo vital ou por eventos stressantes/traumáticos e, como tal, não poderiam sinalizar outro tipo de resposta.

Estes resultados obtidos obrigaram a uma análise individual dos questionários com o intuito de aferir, com maior grau de segurança, o significado das respostas obtidas e, como tal, a importância destas respostas para os objetivos específicos da aplicação deste

questionário que se norteavam por determinar o apoio sentido/percebido, por parte das famílias envolvidas, em relação ao seu enfermeiro de família.

Desta forma, pela observação dos resultados obtidos, no grupo experimental, pensamos ser seguro concluir-se que, se obtiveram ganhos em saúde muito significativos, estabelecendo um comparativo entre os dois momentos de avaliação.

Em linha de conta com estas observações, parece evidenciar-se, em relação a este grupo e nesta amostra populacional, que a implementação de uma consulta estruturada, tendo por base o modelo de Calgary e perspetivando o Modelo Circumplexo de Olson, se revestiu como uma mais valia para as famílias envolvidas no processo, possibilitando um funcionamento familiar mais equilibrado e, previsivelmente, mais capaz de reagir à adversidade.

Quanto ao grupo de controlo, pela observação dos resultados obtidos, poder-se-á aferir que não se constituem como evidentes ganhos em saúde. Pelos resultados obtidos relativamente ao grupo de controlo, evidenciados na tabela VIII, não se verificaram alterações significativas neste grupo, relativamente a nenhuma das dimensões avaliadas pelo Modelo Circumplexo de Olson. Isto é, enquanto que no grupo experimental se observam alterações positivas, do primeiro para o segundo momento de avaliação, o mesmo não acontece para o grupo de controlo, sendo o número de empates, evidenciado pelo Teste de Wilcoxon, bastante elevado.

Esta observação leva a concluir, para esta população amostral que o desenvolvimento da consulta levada a cabo no grupo experimental se mostrou como uma mais valia.

## VI. CONCLUSÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste capítulo final pretende-se fazer referência às principais conclusões e limitações encontradas pelo trabalho desenvolvido, bem como elencar algumas sugestões para eventuais investigações futuras.

A metodologia de gestão de caso, na opinião de Rice (2004) refere-se ao processo de prestação de cuidados de acordo com o tipo de caso ou necessidades individuais de cada utente.

Esta metodologia de trabalho envolve um processo sistemático de avaliação, planeamento, coordenação, referenciação e monitorização, atendendo às necessidades a cada momento, das família e utentes (Secord, 1987 in Stanhope e Lancaster, 1999, p.390).

Os autores Stanhope e Lancaster (2011), fazem emergir como valores orientadores para a prática dos enfermeiros gestores de caso, o aumento da duração de vida saudável, a redução das disparidades e a promoção do acesso aos cuidados e aos serviços de prevenção.

Do conhecimento da equipa de investigação não existem estudos que sustentem a implementação do Modelo de Calgary, conjugando-o com o Modelo Circumplexo de Olson e Gorall, perspetivando o impacto que o primeiro tem sobre o funcionamento das famílias, pelo que se torna difícil sustentar com literatura os resultados obtidos neste estudo.

No entanto, numa revisão sistemática da literatura, as autoras Monteiro, G. Moraes, J. Costa, S, Gomes, B. Franca, I. Oliveira, R. (2016), num artigo de revisão integrativa de literatura sobre a aplicação do Modelo de avaliação de Calgary em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários, referem que a utilização deste modelo e de uma metodologia estruturada sob o ponto de vista da consulta de enfermagem, auxiliou os investigadores de enfermagem a identificarem necessidades de saúde das famílias, pois permitiu a aproximação com a comunidade, onde a aplicação deste modelo possibilitou identificar pontos fortes, competências e recursos que colaboram para solucionar os problemas no núcleo familiar (Goddard L, Mackey S, Davidson PM (2010)). Um dos estudos consultados pelas autoras, desenvolvido por Silva MCLSR, Moules NJ, Silva L,

Bouso RS. (2013) utilizou como suporte, em consulta, a entrevista de 15 minutos. Esta é uma forma condensada do modelo de Calgary, que possibilita o estabelecimento de uma relação terapêutica significativa entre enfermeiro e família.

Neste estudo, atendendo à metodologia de gestão de caso, articulando o Modelo de Calgary com o Modelo Circumplexo de Olson, atendendo aos resultados obtidos, é seguro afirmar que, para o grupo experimental, desta amostra populacional, o recurso a esta conformação de consulta de enfermagem permitiu potencializar a capacitação das potencialidades familiares e, subsequentemente, promover a resiliência familiar, pelo melhoramento funcional ao nível das dimensões coesão e adaptabilidade familiares.

Quanto aos ganhos em saúde percebidos, pela aplicação desta metodologia, pelas famílias, tornam-se evidentes pela produção dos resultados obtidos, e pela leitura deles feita, mormente no que concerne aos relativos à FACES III, mas também, apesar das limitações que foram sendo elencadas, pelos produzidos pela aplicação do questionário desenvolvido para o efeito.

Os resultados obtidos apontam para ganhos em saúde muito significativos, estabelecendo um comparativo entre os dois momentos de avaliação.

No grupo de controlo, desta amostra populacional, os resultados obtidos não tornam evidentes ganhos em saúde.

O trabalho que foi sendo desenvolvido foi capaz de dar resposta aos seguintes objetivos:

- Qual o impacto de uma consulta de enfermagem estruturada, considerando quer o Modelo de Calgary, quer o Modelo Circumplexo de Olson, terá nas famílias;
- Quais os potenciais ganhos em saúde obtidos pela utilização desta metodologia de consulta.

Quanto a estes dois objetivos pode afirmar-se que pela aplicação, em conjunto, do Modelo de Calgary e do Modelo Circumplexo de Olson, se verifica um impacto significativamente positivo, evidenciado pelo conjunto dos resultados obtidos, observáveis pelo comparativo entre os dois momentos de avaliação e entre os grupos envolvidos no estudo.

Torna-se claro, perspetivando os resultados do estudo, que para as famílias envolvidas, se evidenciaram ganhos em saúde para as famílias envolvidas, observáveis no grupo experimental, atendendo às alterações verificadas quanto às dimensões coesão e adaptabilidade familiares. Verificou-se, no grupo experimental, uma evolução favorável no funcionamento familiar de um primeiro para um segundo momento de avaliação, como se pode observar na tabela VI. Quanto ao grupo de controlo, uma vez que não foi desenvolvida esta tipologia de consulta estruturada, não se observam alterações significativas quanto ao funcionamento familiar e, subseqüentemente, não se verificam ganhos em saúde, como também se pode atestar na tabela VIII.

Sobre os objetivos específicos propostos consideram-se atingidos os seguintes:

- Desenvolver uma metodologia de trabalho que permita conhecer as famílias no processo dos cuidados de enfermagem, mais especificamente, no que às unidades de saúde familiar diz respeito;
- Desenvolver planos de cuidados de enfermagem co-construídos com as famílias;
- Envolver as famílias como parte significativa do processo terapêutico;
- Identificar as famílias com o plano de cuidados com elas estabelecido;
- Validar os planos de cuidados co-estabelecidos com as famílias;
- Identificar, com as famílias, um projeto de saúde significativo em cada momento do ciclo vital;
- Perceber em que medida é que as famílias percebem apoio por parte do enfermeiro de família ao longo do tempo, pela aplicação de um questionário, desenvolvido pela equipa de investigação,

No que concerne aos objetivos específicos, de referir que o desenvolvimento de um processo de enfermagem estruturado, balizado nos constructos teóricos referidos anteriormente se constituiu como uma mais valia, para o grupo experimental. Este processo de enfermagem permitiu envolver as famílias num processo terapêutico significativo, porque validado com as famílias, em todas as fases de construção, permitindo à díade terapêutica enfermeiro/família, identificar projetos de saúde significativos, facilitando a adesão ao processo terapêutico.

O questionário, revelou-se um instrumento importante uma vez que permitiu destacar práticas que não vão ao encontro das expectativas das famílias, contrastando com a prática que se desenvolveu com o grupo experimental. Mais uma vez se reforça a ideia de que a aquisição de conhecimentos especializados em enfermagem de saúde familiar se reveste de clara importância quer para a prática clínica mas, fundamentalmente, para as famílias.

Conclui-se que, só uma prática especializada, tendo como foco de cuidados a família, procurando conhecê-la em todas as suas dimensões, se constituirá como uma mais valia, evidenciando ganhos em saúde significativos.

Percebemos como potencialmente útil o alargamento desta metodologia ligada à prática clínica, com o propósito de inferir, mas também de aferir, ganhos em saúde para a população portuguesa e, como tal, para o serviço nacional de saúde.

Como limitações, a equipa de investigação identificou: o tempo limitado para desenvolver a investigação no terreno; a elaboração do questionário aplicado às famílias envolvidas no estudo; a limitação decorrente do tamanho da amostra.

Sobre as limitações identificadas, a equipa de investigação discorre o seguinte:

- Quanto ao tempo de que dispôs para poder trabalhar com estas famílias sabíamos que, provavelmente, seria, ou sempre se fica com essa perceção, curto; essencialmente considera-se que teria sido mais profícuo uma aplicação quer da escala FACES III quer do questionário mais alongada no tempo, porque poderia possibilitar a perceção de outros aspetos;
- Sob o ponto de vista metodológico, relativamente ao questionário desenvolvido pela equipa de investigação, poderia ter sido mais profícuo, identificar em que fase do ciclo vital se encontrava cada família, bem como eventos traumáticos pelos quais tenha passado ou esteja a passar, mantendo o objetivo de perceber o apoio sentido ou percebido em relação ao seu enfermeiro de família, almejando uma leitura da realidade familiar mais clara;
- Quanto à dimensão amostral, seria útil poder replicar o estudo numa amostra mais alargada e que pudesse incluir diferentes áreas sociodemográficas do país.

Não obstante as limitações acima referidas, consideramos que o presente trabalho contribui para uma visão diferenciadora da prática clínica do enfermeiro especialista em saúde familiar, alicerçada num modelo experimentado e bem estudado, relacionando-o com uma perspetiva teórica diferente, fora da área de saber da enfermagem mas enriquecedora para o trabalho que a enfermagem de saúde familiar pretende desenvolver com as famílias.

Considerando o plasmado no Decreto-Lei 73/2017 de 21 de junho, é da opinião da equipa de investigação que do ponto de vista da prática clínica, como resultado colateral do estudo desenvolvido, se evidenciam ganhos em saúde pela obrigatoriedade de que as unidades de saúde familiares sejam constituídas unicamente por especialistas ou mestres em enfermagem de saúde familiar. Foi, claramente, o desenvolvimento destas competências especializadas que permitiu testar a metodologia utilizada.

Poderá ser mais profícuo o desenvolvimento de equipas de gestão de caso em que claramente os(as) enfermeiros(as) detentores(as) destes graus académicos sejam responsáveis por gerir casos identificados pelos(as) enfermeiros(as) generalistas que constituintes desta tipologia de unidade funcional.

Como consequência do trabalho desenvolvido, dos resultados obtidos e das limitações encontradas, considera-se interessante, à luz de investigações futuras, desenvolver estudos com populações amostrais mais vastas, bem como com características sociodemográficas distintas, em diferentes zonas do país, que evidenciem resultados sobre a prática desenvolvida por esta equipa de investigação, ou similar. Por outro lado, considera-se que uma maior utilização da escala FACES III, em Portugal, poderá enriquecer o conhecimento sobre o funcionamento das famílias portuguesas. Como resultado desta utilização poderão surgir como necessárias, eventuais adaptações, considerando o contexto amostral nacional, reforçando a necessidade de um desempenho especializado por enfermeiros especialistas em saúde familiar.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahumada, L. R.; Cochoy, L. F. (2008). Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. *Atención Primaria, Conceptos, organización y práctica clínica*, de A. Martín Zurro e J. F. Cano Pérez. Vol. I, Parte I (5), nº 6, 89-106. Barcelona: Elsevier España, SL.

Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.

*Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: validação da escala IFCEAE*. Oliveira, P. C. [et al.] (2009). In: Escola Superior de Enfermagem do Porto – Da investigação à prática de enfermagem de família [e-book]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Acedido em 2 de novembro de 2018 em [http://www.esenf.pt/fotos/editor2/enfermagem\\_de\\_familia.pdf](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/enfermagem_de_familia.pdf)

Araújo, C. (2014). *Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Araújo, I.; Santos, A. (2012). Famílias com um idoso dependente: avaliação da coesão e adaptação. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 6, 95-102.

Antunes, V. (2012). *Organização dos Cuidados pelo Método de Enfermeiro de Família por Área Geográfica*. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo Gestão de Unidades de Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

Barbiani R., Dalla Nora C. R., Schaefer R. (2016). Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: e 2721. Acedido em 5 de novembro de 2018 em <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>

Barker, P. (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bell, J. M.; Wright, L. M. Going “Inside” the Intervention: Research About What Works in Family Nursing Practice. Acedido em 15 de dezembro de 2018 em

[https://dspace.ucalgary.ca/bitstream/handle/1880/45247/FNU\\_Larecherche\\_Engcopy.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.ucalgary.ca/bitstream/handle/1880/45247/FNU_Larecherche_Engcopy.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Benzein, E. [et al.] (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care a survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*. Vol. 14, nº 2, 162-180.

Bertalanffy, L. V. (2008). *Teoria Geral dos Sistemas*. Petrópolis: Vozes.

Berkley, K. M. & Hanson, S. M. H. (1991). *Pocket guide to family assessment in intervention*. St. Louis, MO: C. V. Mosby.

Brookes, K. [et al.] (2007). Role theory: a framework to investigate the community nurse role in contemporary health care systems. *Contemporary Nurse*. Vol. 25, nº 1-2, 146-155.

Bowlby, J. (1990). *Apego e perda, Vol 1. Apego: a natureza do vínculo (2ª Ed.)*. São Paulo: Martins Fontes.

Burns C. M. (2002). *Assessing staff nurses' styles of involvement with the families of their patients* Tese de Doutorado. University of Florida, Gainesville.

Caniço, H. (2014). *Osnovos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa – Apgar saudável*. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra, Coimbra.

Carrapiço, E.; Ramires, J.; Ramos, V. (2017). Unidades de Saúde Familiar e Clínicas da Família e essência e semelhanças. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), 691-700.

Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar. (2ª Ed.)*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Commission for Case Management Certification (2018). Acedido em 21 de dezembro de 2018 em <https://ccmcertification.org/about-ccmc>

Conferência Internacional de Otawa (1986). Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Otawa: OMS. Acedido em 16 de dezembro de 2018 em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Adelaide (1998). Acedido em 16 de dezembro de 2018 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/declaracao-de-adelaide-sobre-a-saude-em-todas-as-politicas.aspx>

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde de Sundsvall (1991). Acedido em 16 de dezembro de 2018 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/declaracao-de-sundsvall-sobre-ambientes-favoraveis-a-saude.aspx>

Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de Jacarta (1997). Acedido em 17 de dezembro de 2018 em [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr\\_jakarta\\_declaration\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf)

Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde do México (2000). Acedido em 17 de dezembro de 2018 em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_mexico\\_2000.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_mexico_2000.pdf)

Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de Bangkok (2005). Acedido em 18 de dezembro de 2018 em [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829\\_%20BCHP.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1)

Commission for Case Management Certification (2004). In Mullahy, C.; Jensen, D. (2004). *The case manager's handbook*. 3.rd Ed. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 11.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Costa, M.; Silva, M.; Silva, M.; (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série – n.º 11, 19-28.

Constituição da República Portuguesa (1976). VII Revisão Constitucional de 2005. Artigo 64 – Saúde. Acedido em 20 de dezembro de 2018 em

<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art64>

Christensen, P. J. & Kenney, J. W. (1995). *Nursing Process: Application of Conceptual Models* (4<sup>th</sup> ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Currall, R., Durado, F., Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida, E. L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o FACES III. *Psiquatria Clínica*, 20(3), 213-217.

Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata. Acedido em 31 de outubro de 2018 em <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3oAlma-Ata.pdf>

Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de setembro (1971). Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência. Diário da República I Série. N.º 228 (1971-09-27), 1406-1434.

Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de maio (1999). Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. Diário da República I Série. N.º 108 (1999-10-05), 2424-2435.

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto (2007). Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República I Série. N.º 161 (2007-08-22), 5587-5596.

Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto (2014). Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Diário da República I Série. N.º 149 (2014-08-05), 4069-4071.

Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho (2017). Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. Diário da República I Série. Nº 118 (2017-06-21), 3128-3140.

Delage, M. (2010). *La Resiliencia Familiar*. Barcelona: Gedisa.

Despacho Normativo n.º 97/83 de 22 de abril (1983). Aprova o regulamento dos centros de saúde. Diário da República I Série N.º 93/1983 (1983-04-22), 1439 – 1453.

Dessen, M.A.; Polonia, A.C. A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano – *Paidéia*, 2007, 21-32.

Dias, F. (2001). *Sistemas de Comunicação de Cultura e de Conhecimento. Um Olhar Sociológico*. Lisboa: Instituto Piaget.

Donnelly, E. (1990). Health promotion, families, and the diagnostic process. *Family and Community Health*, 12: 12-20.

Elsen, I.; Althoff, C. & Manfrini, G. (2001). Saúde da Família: Desafios Teóricos. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. V. 3 (2), pp. 89 – 97.

Erel, O., & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108-132.

Falceto, O. (1997). *Famílias com desenvolvimento funcional e disfuncional: validação das escalas diagnósticas FACES III, Beavers-Timberlawn e Avaliação Global do Funcionamento Interacional (GARF)*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina: Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ferreira, F. A. G., (1989). *Sistemas de Saúde e seu funcionamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Ferreira. et. al. (2007). *A Voz dos Utilizadores dos Centros de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Féres-Carneiro, T. (1992). Família e saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, 485-493.

- Figueiredo, M. H. (2008). Cuidar a Família: dos Conceitos às Representações. *Sinais Vitais*, 50-55.
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Freitas, A. (2009). *Perspectiva dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários da Região Autónoma da Madeira*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Freire, C. (2013). *A Prática da Gestão de Caso na Unidade de Cuidados na Comunidade*. Relatório de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico de Santarém, Santarém.
- Friedman, M. M. (1998) *Family Nursing: Theory and Practice (3rd Ed.)*. Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory and assessment (5th Ed.)*. Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall
- Fortin, MF. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata
- Giddens, A. (1993). *As transformações da intimidade. Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: UNESP.
- Goddard L, Mackey S, Davidson PM. (2010) Functional clinical placements: a driver for change. *Nurse education today*, 30(5):398-404.
- Gonzales, R.; Casarin, S.; Caliri, M.; Sasaki, C.; Monroe, A. et al. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10 (2), 227-231.
- Greeff A. P. (2000). Characteristics of Families That Function Well. *Journal of Family Issues*, 21(8), 948–962. Acedido em 19 de janeiro em <https://doi.org/10.1177/019251300021008001>

Grossman, M., & Rowat, K. (1995). Parental relationship, coping strategies, received support and wellbeing in adolescents of separated or divorce and married parents. *Research in Nursing & Health*, 18, 249-261.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. Loures: Lusociência.

Hernâni, C., Pedro, B., Esther, R., Armando, C. (2010). *Novos Tipos de Família*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Hidalgo, M. V. G., Lopez, I. V. & Sanchez, J. H. (2004). Perfil de las familias usuárias de servicios sociales comunitários. *Portularia* 4: 95-102.

*Definition of Nursing*. (2014). International Council of Nurses. Acedido em 15 de janeiro de 2019 em <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

International Council of Nurses. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Kreppner, K. (2000). The child and the family: Interdependence in developmental pathways. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(1), 11-22.

Lapp, C. A. et al. (1990). Family-based practice: Discussion of a tool merging assessment with intervention. *Family and Community Health*, 12: 21-28.

Le Moigne, Jean-Louis. (1996). *A Teoria do Sistema Geral – Teoria da Modelização*. Lisboa: Instituto Piaget.

Lubkin, I.; Larsen, P. (2005). *Chronic illness: impact and interventions*. (6th ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Publishers.

Louro, M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. Tese de Doutoramento em Ciências da Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Loureiro, M.; Miranda, N.; Pereira-Miguel, J. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31: 23-31.

- Lopes, J. (2012). *Ser Cuidado por um Enfermeiro Gestor de Caso*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Maroto, J.; Marques-Garcia, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Rev. Laboratório de Psicologia*, 4(1): 65-90.
- Martínez-Pampliega, A., Iraurgi, I. C., & Sanz, V. M. (2011). Validez estructural del FACES-20 Esp: Versión española de 20 ítems de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar. *Ridep*, 29(1), 147-165.
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com "AVC"*. Coimbra: Formasau.
- Matumoto S, Vieira K, Pereira M, Santos C, Fortuna C, Mishima S. (2012). Production of nursing care in primary health care services. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(4):710-7.
- Maturana, H.; Varela, F. (2005). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana (5ª Ed.)*. São Paulo: Palas Athena.
- McCubbin, M.A., & McCubbin, H. I. (1993). Family coping with health crises: The Resiliency Model of Family Stress and Adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissel, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health and illness. Perspectives on coping and intervention* (pp. 21-63). New York: Mosby.
- Mendes, F.; Gemitto, M.; Caldeira, E.; Serra, I.; Casas-Novas, M.; (2017). A continuidade de cuidados de saúde na perspetiva dos utentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(3), 841-853.
- Ministério da Saúde. (2006). Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 12 de outubro. Linhas De Acção Prioritária Para O Desenvolvimento Dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Diário da República n.º 196, I Série B.
- Ministério da Saúde (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca. Lisboa.

Minuchin, S. (1980). *Famílias Y Terapia Familiar*. Barcelona/Madrid, Espanha: Ediciones Gedisa. Acedido em 1 de junho de 2019 em <http://www.monografias.com/trabajos26/tipos-familia/tipos-familia.shtml>.

Minuchin, S., & Fishman, C. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Morin E. (1995). *Introdução ao pensamento complexo* (2ª Ed.). Lisboa: Instituto Piaget.

Morin, E. (1977). *O Método – A Natureza da Natureza*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Monteiro GRSS, Moraes JCO, Costa SFG, Gomes BMR, Franca ISX, Oliveira RC. Aplicação do Modelo Calgary de Avaliação Familiar no contexto hospitalar e na atenção primária à saúde. Revisão integrativa. *Aquichan*. 2016; 16 (4): 487-500. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.7

Neves, M. (2011). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 8, 125-134.

Nunes, M. (2016). *Enfermeiro de Família Como Cuidador Privilegiado de Famílias de Pessoas com Feridas no Domicílio: Perspetiva do Enfermeiro*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar. Universidade de Aveiro, Aveiro.

Noller, P., & Shum, D. (1990). The couple version of FACES III: Validity and reliability. *Journal of Family Psychology*. 3(4), 440-451.

Oliveira, P. C. [et al.] (2011) - Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola Enfermagem USP*. Vol. 45, nº 6, p. 1331-1337.

Olson, D. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.

Olson, D., & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family process; Growing diversity and complexity* (3ª Ed., pp. 514-548). New York: Guilford Press.

OMS (2003) – *Saúde 21 – saúde para todos no século XXI. Uma Introdução*. Lusodidacta: Loures.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: OE.

Pisco, L. (2010). A reforma vai prosseguir. *Revista Missão para os Cuidados de Saúde Primários*, pp. 6-14.

Pires, R. (2007). Pela reconstrução dos mitos da enfermagem partir da qualidade emancipatória do cuidado. *Revista da Escola Enfermagem USP*. Vol. 41, nº 4, 717-723.

*Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa. Ministério da Saúde. Acedido em 1 de novembro em <http://www.dgssaude.min-saude.pt/pns/vol2.pt>

*Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa. Ministério da Saúde. Acedido em 1 de novembro em <http://dgssaude.min-saude.pt/pns/vr.pt>

Ramos, S. (2013). *Prevenção de úlceras de pressão no domicílio com pessoas idosas em situação de dependência: uma prática baseada na evidência*. Relatório de Estágio da Especialidade de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém.

Regulamento n.º 126/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 35. Série II

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de

Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 135. Série II

Regulamento n.º 428/2018 de 16 de julho. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 135. Série II

Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.

Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias. Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Afrontamento.

Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família (2ª Ed.)*. Coimbra: Quarteto.

Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*. 3ª edição. Loures: Lusociência

Robinson, C. A., & Wright, L. M. (1995). Family nursing intervention: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing*. 1(3): 327 – 345.

Rodrigues, L. (2013). *A Família Parceira no Cuidar: Intervenção do Enfermeiro*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Rolim, L., Lopes, A., Rodrigues, C., & Coelho, T. (2006). Aplicação da escala de avaliação da coesão e da adaptabilidade familiares – III (FACESIII) a uma amostra portuguesa de doentes com polineuropatia amiloidótica familiar. In I. Leal, J. P.

Schober, M; Affara, F. (2001). *The Family Nurse: frameworks for practice*. International Council of Nurses.

Santos, MLVA. (2012). *Abordagem Sistémica do Cuidado à Família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.

*Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica.* In: Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 17 outubro de 2018 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf)

Silva, M.; Silva, M. M.; Costa, M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, 11, 19-28.

Silva MCLSR, Moules NJ, Silva L, Bousso RS (2013). The 15-minute family interview: a family health strategy tool. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 47(3), 634-9.

Söderström, I., Benzein, E., & Saveman, B. (2003). Nurses' experiences of interactions with family members in intensive care units. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 185–192.

Stanhope, M., Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (4ª ed.). Lisboa: Lusociência.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de saúde na Comunidade, centrados na população*. (7ª ed.). Loures: Lusociência.

Starfield, B. (2009). Toward international primary care reform. *Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 180 (11), 1091–1092. doi:10.1503/cmaj.090542.

Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. (5ªed.). Loures: Lusociência.

Swiadek, J. (2009). The impact of healthcare issues on the future of the nursing profession: the resulting increased influence of community-based and public health nursing. *Nursing Forum*. Vol. 44, nº 1, 19-24.

Tribuna, M. F. (2000). *Famílias de acolhimento e vinculação na adolescência*. Tese de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Vintém, J. (2008). *Diferenças de género e desigualdades sociais na saúde e doença em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Família e Sociedade. Lisboa: ISCTE.

Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar*. São Paulo: Roca.

Weirich, C. F.; Tavares, J. B.; Silva, K. S. (2004). O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Vol. 6, nº 2, 172-180. Acedido em 15 de dezembro de 2018 em [www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)

Weydt, A. (2001). *Nursing Case Management: Quality and Cost. Creative Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 10.

World Health Organization (2000). *The family health nurse context, conceptual framework and curriculum*. Copenhagen

World Health Organization. (2006). *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study*. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. Acedido em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/102243/E88841.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/102243/E88841.pdf)

Wright, L., Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (3ª ed.). Brasil: Roca.

Wright, L., Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para a Avaliação e Intervenção na Família*. (4ª ed.). São Paulo: Roca.

Yura, H., Walsh, M. B. (1988). *The nursing process*. (2ª ed). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

ANEXOS

## ANEXO I

Tabela XIII - Consistência interna das dimensões do FACES III e respectivos itens, no 1º momento de aplicação da escala (N = 26).

<b>Coesão familiar</b> ( $\alpha = ,948$ )	<b>Correlação Item-Total</b> ( <i>Mdn</i> $r_{it}$ )	<b><math>\alpha</math> se item eliminado</b>
Em nossa casa pedimos ajuda uns aos outros ( <b>item 1</b> )	0,910	0,945
Nós aprovamos a escolha de amigos dos diferentes elementos da nossa família ( <b>item 3</b> )	0,619	0,954
As pessoas com quem mais gostamos de fazer coisas são os membros da nossa família mais próxima ( <b>item 5</b> )	0,860	0,944
Sentimo-nos mais perto dos elementos da nossa família, do que aqueles que não o são ( <b>item 7</b> )	0,783	0,947
A melhor forma de passarmos os tempos livres é uns com os outros ( <b>item 9</b> )	0,865	0,943
Nós sentimo-nos muito próximos uns dos outros ( <b>item 11</b> )	0,872	0,943
Quando a nossa família se junta para alguma atividade, todos participam ( <b>item 13</b> )	0,870	0,943
É-nos fácil fazer coisas em comum ( <b>item 15</b> )	0,893	0,943
Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de nos consultarmos uns aos outros ( <b>item 17</b> )	0,896	0,942
A união familiar é muito importante ( <b>item 19</b> )	0,314	0,962
<b>Adaptabilidade familiar</b> ( $\alpha = ,928$ )	<b>Correlação Item-Total</b> ( <i>Mdn</i> $r_{it}$ )	<b><math>\alpha</math> se item eliminado</b>
Quando é preciso resolver problemas, negociamos uns com os outros ( <b>item 2</b> )	0,875	0,925
Em casa, quando alteramos as regras de disciplina relativamente aos mais pequenos, estes são ouvidos ( <b>item 4</b> )	0,835	0,927
Há diferentes pessoas na nossa família que têm “capacidade de chefia” ( <b>item 6</b> )	0,825	0,927
Em casa modificamos a maneira de efetuar as tarefas ( <b>item 8</b> )	0,770	0,930
Nós tentamos revolver os problemas de modos diferentes ( <b>item 10</b> )	0,920	0,924
Lá em casa são os mais novos que tomam as decisões ( <b>item 12</b> )	0,644	0,937
Em casa, é possível alterar as normas ( <b>item 14</b> )	0,811	0,928
As responsabilidades da casa passam pelos vários membros da família ( <b>item 16</b> )	0,876	0,925
É difícil identificar quem tem “capacidade de chefia na nossa família” ( <b>item 18</b> )	0,799	0,929
É difícil identificar quem desempenha as funções domésticas ( <b>item 20</b> )	-0,004	0,954

## ANEXO II

Tabela XIV - Consistência interna das dimensões do FACES III e respectivos itens, no 2º momento de aplicação da escala (N = 26).

<b>Coesão familiar</b> ( $\alpha = ,948$ )	<b>Correlação Item-Total</b> ( <i>Mdn rit</i> )	<b><math>\alpha</math> se item eliminado</b>
Em nossa casa pedimos ajuda uns aos outros ( <b>item 1</b> )	0,748	0,918
Nós aprovamos a escolha de amigos dos diferentes elementos da nossa família ( <b>item 3</b> )	0,557	0,928
As pessoas com quem mais gostamos de fazer coisas são os membros da nossa família mais próxima ( <b>item 5</b> )	0,777	0,916
Sentimo-nos mais perto dos elementos da nossa família, do que aqueles que não o são ( <b>item 7</b> )	0,783	0,916
A melhor forma de passarmos os tempos livres é uns com os outros ( <b>item 9</b> )	0,850	0,911
Nós sentimo-nos muito próximos uns dos outros ( <b>item 11</b> )	0,861	0,910
Quando a nossa família se junta para alguma atividade, todos participam ( <b>item 13</b> )	0,857	0,912
É-nos fácil fazer coisas em comum ( <b>item 15</b> )	0,851	0,912
Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de nos consultarmos uns aos outros ( <b>item 17</b> )	0,911	0,907
A união familiar é muito importante ( <b>item 19</b> )	-0,007	0,948
<b>Adaptabilidade familiar</b> ( $\alpha = ,928$ )	<b>Correlação Item-Total</b> ( <i>Mdn rit</i> )	<b><math>\alpha</math> se item eliminado</b>
Quando é preciso resolver problemas, negociamos uns com os outros ( <b>item 2</b> )	0,817	0,914
Em casa, quando alteramos as regras de disciplina relativamente aos mais pequenos, estes são ouvidos ( <b>item 4</b> )	0,720	0,921
Há diferentes pessoas na nossa família que têm “capacidade de chefia” ( <b>item 6</b> )	0,863	0,911
Em casa modificamos a maneira de efetuar as tarefas ( <b>item 8</b> )	0,793	0,916
Nós tentamos resolver os problemas de modos diferentes ( <b>item 10</b> )	0,659	0,922
Lá em casa são os mais novos que tomam as decisões ( <b>item 12</b> )	0,697	0,922
Em casa, é possível alterar as normas ( <b>item 14</b> )	0,794	0,916
As responsabilidades da casa passam pelos vários membros da família ( <b>item 16</b> )	0,842	0,913
É difícil identificar quem tem “capacidade de chefia na nossa família” ( <b>item 18</b> )	0,805	0,915
É difícil identificar quem desempenha as funções domésticas ( <b>item 20</b> )	0,253	0,941

### ANEXO III

Tabela XV - Resultados obtidos pela aplicação do questionário desenvolvido pela equipa de investigação, relativos ao grupo experimental, no 1º momento (N = 13), frequências absolutas.

	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
Aquando do início da constituição da nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, quando foi preciso. <b>(Q. 1)</b>	2	4	1	0	6
Quando tivemos o nosso(a) primeiro(a) filho(a), sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 2)</b>	2	3	1	0	7
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a creche, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 3)</b>	2	2	1	0	8
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a escola primária, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 4)</b>	1	2	1	0	9
Aquando da adolescência do(a) nosso(a) filho(a), sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para lidar com esta fase. <b>(Q. 5)</b>	1	1	0	1	10
Na altura em que o nosso(a) filho(a) saiu de casa, sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 6)</b>	0	1	0	1	11
Como casal de meia idade e sem filhos(as) a viver em casa neste momento, sentimos que podemos contar com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família <b>(Q. 7)</b>	0	0	0	1	12
Agora que estamos reformados, ou muito perto da reforma, sentimos que perante as dificuldades que vamos encontrando, o nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar. <b>(Q. 8)</b>	1	3	1	3	8
Quando na nossa família tivemos uma doença grave, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassar as dificuldades sentidas. <b>(Q. 9)</b>	3	5	1	3	1
Aquando da morte de um elemento na nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 10)</b>	3	2	1	0	7
Quando pensámos em ter um(a) filho(a) contamos com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para nos acompanhar nas dificuldades e dúvidas que foram surgindo. <b>(Q. 11)</b>	4	3	0	0	6
Perante as dificuldades que fomos sentindo depois de ser pais, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família foi-nos ajudando a enfrentá-las. <b>(Q. 12)</b>	3	3	0	0	7
Quando, na nossa família, sentimos dificuldade em comunicar uns com os outros, percebemos que o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar. <b>(Q. 13)</b>	5	4	2	1	1
Quando tivemos na nossa família um elemento doente, recebemos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família para podermos ajudar esse elemento, quando nos surgiram dúvidas. <b>(Q. 14)</b>	2	7	3	0	1
Quando sentimos dificuldades na nossa relação de casal, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassá-las. <b>(Q. 15)</b>	6	1	1	0	5
Quando a nossa família passou por dificuldades económicas, o(a) nosso(a) enfermeiro (a) de família foi importante para nos ajudar a procurar soluções. <b>(Q. 16)</b>	1	1	0	0	11
O(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos quando a nossa habitação precisava de alguns melhoramentos, por se encontrar degradada ou em mau estado. <b>(Q. 17)</b>	0	2	0	0	11

#### ANEXO IV

Tabela XVI - Resultados obtidos pela aplicação do questionário desenvolvido pela equipa de investigação, relativos ao grupo de controlo, no 1º momento (N = 13), frequências absolutas.

	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
Aquando do início da constituição da nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, quando foi preciso. <b>(Q. 1)</b>	2	6	1	1	3
Quando tivemos o nosso(a) primeiro(a) filho(a), sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 2)</b>	2	6	0	2	3
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a creche, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 3)</b>	2	6	1	1	3
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a escola primária, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 4)</b>	2	7	0	1	3
Aquando da adolescência do(a) nosso(a) filho(a), sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para lidar com esta fase. <b>(Q. 5)</b>	0	3	0	1	9
Na altura em que o nosso(a) filho(a) saiu de casa, sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 6)</b>	0	3	0	1	9
Como casal de meia idade e sem filhos(as) a viver em casa neste momento, sentimos que podemos contar com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família <b>(Q. 7)</b>	0	2	0	1	10
Agora que estamos reformados, ou muito perto da reforma, sentimos que perante as dificuldades que vamos encontrando, o nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar. <b>(Q. 8)</b>	0	1	0	2	10
Quando na nossa família tivemos uma doença grave, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassar as dificuldades sentidas. <b>(Q. 9)</b>	0	6	1	2	4
Aquando da morte de um elemento na nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 10)</b>	2	1	2	0	8
Quando pensámos em ter um(a) filho(a) contamos com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para nos acompanhar nas dificuldades e dúvidas que foram surgindo. <b>(Q. 11)</b>	2	7	1	1	2
Perante as dificuldades que fomos sentindo depois de ser pais, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família foi-nos ajudando a enfrentá-las. <b>(Q. 12)</b>	4	4	0	2	3
Quando, na nossa família, sentimos dificuldade em comunicar uns com os outros, percebemos que o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar. <b>(Q. 13)</b>	9	2	1	0	1
Quando tivemos na nossa família um elemento doente, recebemos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família para podermos ajudar esse elemento, quando nos surgiram dúvidas. <b>(Q. 14)</b>	0	7	3	1	2
Quando sentimos dificuldades na nossa relação de casal, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassá-las. <b>(Q. 15)</b>	11	0	0	0	2
Quando a nossa família passou por dificuldades económicas, o(a) nosso(a) enfermeiro (a) de família foi importante para nos ajudar a procurar soluções. <b>(Q. 16)</b>	1	0	0	0	12
O(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos quando a nossa habitação precisava de alguns melhoramentos, por se encontrar degradada ou em mau estado. <b>(Q. 17)</b>	0	0	0	0	13

## ANEXO V

Tabela XVII - Resultados obtidos pela aplicação do questionário desenvolvido pela equipa de investigação, relativos ao grupo experimental, no 2º momento (N = 13), frequências absolutas.

	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
Aquando do início da constituição da nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, quando foi preciso. (Q. 1)	2	4	0	1	6
Quando tivemos o nosso(a) primeiro(a) filho(a), sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. (Q. 2)	2	4	0	0	7
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a creche, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. (Q. 3)	1	3	1	0	8
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a escola primária, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. (Q. 4)	1	3	0	0	9
Aquando da adolescência do(a) nosso(a) filho(a), sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para lidar com esta fase. (Q. 5)	0	1	1	1	10
Na altura em que o nosso(a) filho(a) saiu de casa, sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. (Q. 6)	0	0	1	1	11
Como casal de meia idade e sem filhos(as) a viver em casa neste momento, sentimos que podemos contar com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família (Q. 7)	0	0	0	1	12
Agora que estamos reformados, ou muito perto da reforma, sentimos que perante as dificuldades que vamos encontrando, o nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar. (Q. 8)	0	0	1	6	6
Quando na nossa família tivemos uma doença grave, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassar as dificuldades sentidas. (Q. 9)	0	1	3	7	2
Aquando da morte de um elemento na nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. (Q. 10)	0	2	1	1	9
Quando pensámos em ter um(a) filho(a) contamos com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para nos acompanhar nas dificuldades e dúvidas que foram surgindo. (Q. 11)	3	3	1	0	6
Perante as dificuldades que fomos sentindo depois de ser pais, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família foi-nos ajudando a enfrentá-las. (Q. 12)	1	2	1	2	7
Quando, na nossa família, sentimos dificuldade em comunicar uns com os outros, percebemos que o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar. (Q. 13)	0	0	4	8	1
Quando tivemos na nossa família um elemento doente, recebemos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família para podermos ajudar esse elemento, quando nos surgiram dúvidas. (Q. 14)	0	0	4	7	2
Quando sentimos dificuldades na nossa relação de casal, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassá-las. (Q. 15)	0	0	4	4	5
Quando a nossa família passou por dificuldades económicas, o(a) nosso(a) enfermeiro (a) de família foi importante para nos ajudar a procurar soluções. (Q. 16)	0	0	2	0	11
O(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos quando a nossa habitação precisava de alguns melhoramentos, por se encontrar degradada ou em mau estado. (Q. 17)	0	0	1	1	11

## ANEXO VI

Resultados obtidos pela aplicação do questionário desenvolvido pela equipa de investigação, relativos ao grupo de controlo, no 2º momento (N = 13), frequências absolutas.

	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
Aquando do início da constituição da nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, quando foi preciso. <b>(Q. 1)</b>	2	6	1	1	3
Quando tivemos o nosso(a) primeiro(a) filho(a), sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 2)</b>	2	6	0	2	3
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a creche, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 3)</b>	2	6	1	1	3
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a escola primária, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 4)</b>	2	7	0	1	3
Aquando da adolescência do(a) nosso(a) filho(a), sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para lidar com esta fase. <b>(Q. 5)</b>	1	1	0	2	9
Na altura em que o nosso(a) filho(a) saiu de casa, sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 6)</b>	0	3	0	1	9
Como casal de meia idade e sem filhos(as) a viver em casa neste momento, sentimos que podemos contar com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família <b>(Q. 7)</b>	0	2	0	1	10
Agora que estamos reformados, ou muito perto da reforma, sentimos que perante as dificuldades que vamos encontrando, o nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar. <b>(Q. 8)</b>	0	1	0	2	10
Quando na nossa família tivemos uma doença grave, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassar as dificuldades sentidas. <b>(Q. 9)</b>	0	6	1	2	4
Aquando da morte de um elemento na nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família. <b>(Q. 10)</b>	2	3	1	0	7
Quando pensámos em ter um(a) filho(a) contamos com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para nos acompanhar nas dificuldades e dúvidas que foram surgindo. <b>(Q. 11)</b>	2	7	1	1	2
Perante as dificuldades que fomos sentindo depois de ser pais, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família foi-nos ajudando a enfrentá-las. <b>(Q. 12)</b>	4	4	0	2	3
Quando, na nossa família, sentimos dificuldade em comunicar uns com os outros, percebemos que o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar. <b>(Q. 13)</b>	8	3	1	0	1
Quando tivemos na nossa família um elemento doente, recebemos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família para podermos ajudar esse elemento, quando nos surgiram dúvidas. <b>(Q. 14)</b>	0	7	3	1	2
Quando sentimos dificuldades na nossa relação de casal, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassá-las. <b>(Q. 15)</b>	11	0	0	0	2
Quando a nossa família passou por dificuldades económicas, o(a) nosso(a) enfermeiro (a) de família foi importante para nos ajudar a procurar soluções. <b>(Q. 16)</b>	1	0	0	0	12
O(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos quando a nossa habitação precisava de alguns melhoramentos, por se encontrar degradada ou em mau estado. <b>(Q. 17)</b>	0	1	1	0	11

## ANEXO VII

Escala de Graffar, adaptada de Amaro (2001)

# ESCALA DE GRAFFAR PARA VARIÁVEIS ORDINAIS SIMPLIFICADAS

Escala de Graffar Adaptada (Amaro, 2001)

Código do questionário: \_\_\_\_\_

Descrição da categoria	Escala de Graffar - Valor	Valor Utilizado
<b>Categoria - Profissão</b>		
Grandes comerciantes e industriais, Gestores de topo de grandes empresas, Admi. Públi. e Profiss. Liberais Classificados	5 - 9	1
Médios industriais, comerciantes, agricultores, dirigentes intermédios, Admi. Públi. E Profiss. Liberais classificados	10 - 13	2
Pequenos industriais e comerciantes, encarregados e operários qualificados	14 - 17	3
Pequenos agricultores, operários semiquualificados e escriturários	18 - 21	4
Mão -de-obra indiferenciada	22 - 25	5
<b>Categoria – Rendimentos</b>		
Propriedades	5 - 9	1
Altos vencimentos ou honorários	10 - 13	2
Vencimentos certos	14 - 17	3
Remunerações incertas	18 - 21	4
Assistência	22 - 25	5
<b>Categoria – Instrução</b>		
Doutoramentos, Mestrados, Licenciaturas	5 - 9	1
Bacharelatos e Cursos Superiores	10 - 13	2
Curso complementar ES e Curso Geral do ES	14 - 17	3
Escolaridade obrigatória segundo Idades	18 - 21	4
Escolaridade obrigatória incompleta segundo Idades	22 - 25	5
<b>Categoria – Condições do alojamento</b>		
Habitação com ótimas condições sanitárias e ambientes de grande luxo e com muito espaço	5 - 9	1
Habitação com ótimas condições sanitárias e ambientes de luxo sem excesso e espaço adequado	10 - 13	2
Habitação com boas condições sanitárias, espaço adequado, mas de menor dimensão em relação às duas dimensões anteriores	14 - 17	3
Habitação com espaços amplos ou reduzidos e/ou com algumas condições sanitárias deficitárias	18 - 21	4
Habitação com espaço insuficiente e condições sanitárias marcadamente inadequadas	22 - 25	5

<b>Categoria - Local de residência</b>		
Zona residencial elegante	5 - 9	1
Bom local	10 - 13	2
Zona intermédia	14 - 17	3
Bairro Social / Operário / Zona antiga	18 - 21	4
Bairro de lata ou equivalente	22 - 25	5

<b>Total</b>	<b>Valor de Classe</b>
5 - 9	I – Classe alta
10 - 13	II – Classe média alta
14 - 17	III – Classe média
18 - 21	IV – Classe média baixa
22 - 25	V – Classe baixa

Código do questionário: \_\_\_\_\_

## ANEXO VIII

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Identificação do Investigador:** Rui de Oliveira Pires Monteiro. OE: 57402

**Unidade de Saúde:** USF RaiaMaior, ULSNA E. P. E.

**Título do estudo:** “O impacto do modelo de Calgary na capacitação familiar: perspetiva da enfermagem de saúde familiar”

**Enquadramento:** Dissertação de mestrado em enfermagem de saúde familiar a desenvolver no Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde, sob orientação do Sr. Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes.

**Explicação do estudo:** O objetivo do estudo a desenvolver, em traços gerais, são os seguintes: avaliar em que medida é que a aplicação do modelo de Calgary, por meio de consulta estruturada, à família, capacitará as famílias envolvidas no processo, no prosseguimento de um projeto de saúde significativo; avaliar em que medida a capacitação familiar, será promotora de resiliência e da autonomia familiares para resolução de problemas esperados e, portanto, normativos, ou acidentais; identificar potenciais ganhos em saúde, perspetivando a metodologia de gestão de caso, quer para as famílias, quer para o sistema nacional de saúde, conduzindo a uma gestão mais eficaz dos recursos humanos e financeiros alocados aos cuidados de saúde primários. Os participantes no estudo a desenvolver serão convidados a preencher questionários para recolha de informação e dados. As escalas aplicadas recolherão dados que permitem caracterizar os participantes no estudo (Escala de Graffar); identificar a adaptabilidade e coesão familiar (Escala FACES III); identificar apoio percebido pelas famílias em relação ao seu enfermeiro de família (Questionário familiar). A seleção dos participantes no estudo é aleatória. Quanto ao método a desenvolver: serão agrupados dois conjuntos de participantes. No presente grupo será desenvolvida uma consulta estruturada, com o apoio de um guião de consulta, permitindo o levantamento de necessidades familiares, sustentado no modelo de Calgary, das autoras Wright e Leahey, construção de genograma e ecomapa e aplicação dos questionários referidos anteriormente. De referir que os questionários serão aplicados num momento inicial e

final, permitindo a comparação de resultados obtidos. As consultas terão lugar no Centro de Saúde de Campo Maior, em gabinete de enfermagem adequado para o efeito. Não será efetuada qualquer gravação vídeo ou áudio das consultas efetuadas.

**Condições e financiamento:** Todas as condições de financiamento do estudo serão asseguradas pelo investigador Rui de Oliveira Pires Monteiro, não havendo lugar a ónus ou encargos para qualquer instituição, investigador, para além do identificado, bem como para qualquer participante no estudo.

**A participação no estudo é de carácter voluntário.** A recusa de participação no estudo não acarretará prejuízo de qualquer ordem, para os envolvidos no processo. Cabe informar que o estudo mereceu parecer favorável por parte da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria.

**Confidencialidade e anonimato:** está garantida a confidencialidade e anonimato pelo preenchimento de declaração de consentimento informado, da qual será fornecida uma cópia aos participantes e guardada outra pela equipa de investigação.

**Disponibilidade:** para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou questões, deverá ser contactado o investigador Rui de Oliveira Pires Monteiro, enfermeiro, a laborar na Unidade de Saúde Familiar RaiaMaior, Centro de Saúde de Campo Maior, pelo contacto telefónico 268699700 ou, preferencialmente, para o endereço eletrónico [ruipires80@gmail.com](mailto:ruipires80@gmail.com)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira, por favor, assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento,

---

(Rui de Oliveira Pires Monteiro)

## Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “O impacto do modelo de Calgary na capacitação familiar: perspetiva da enfermagem de saúde familiar” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que deles decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O investigador, \_\_\_\_\_

(Rui de Oliveira Pires Monteiro)

## ANEXO IX

Parecer da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano e autorização de aplicação do estudo, por parte do Ex.<sup>mo</sup> Sr. Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Dr. João Moura Reis.

ULSNA-EPE  
SECRETARIADO DA ADMINISTRAÇÃO

ENTRADA Nº 201901933 (Nov.)  
10.04.19  
Sandra Oliveira

N.º07/2019, de 10 de abril

De: Maria Luiza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo "O impacto do modelo de Calgary na capacitação familiar: perspetiva da enfermagem de saúde familiar."

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO

Concordo com o parecer emitido  
assim como a referida informação.  
Proceda-se em conformidade

João Moura Reis  
Presidente do Conselho de Administração

2019.04.11

O mestrando em Enfermagem de Saúde Familiar, Rui de Oliveira Pires Monteiro, ministrado pelo Instituto Politécnico de Leiria, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo "O impacto do modelo de Calgary na capacitação familiar: perspetiva da enfermagem de saúde familiar".

Cumprre apreciar:

### I- Enquadramento

Como enquadramento do estudo salienta-se que a enfermagem de família constitui hoje em dia uma importância crucial e uma área específica da atividade de enfermagem, realçando a importância das interações familiares, requerendo a utilização de modelos que permitam a conceção de cuidados orientados para a coleta de dados e para o planeamento das intervenções. É nesta perspetiva, que o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) permite compreender a família na sua multidimensionalidade, merecendo avaliação sobre a sua relevância na capacitação familiar.

### II- Objetivo geral

- Perceber em que medida a implementação de uma consulta de enfermagem familiar estruturada, tendo pro base o modelo de Calgary, das autoras Wright e Leahey, influi na capacitação das famílias no concelho de Campo Maior.

### III- Tipo de estudo

O estudo é do tipo longitudinal e descritivo .





Cerca de 30 famílias distribuídas por dois grupos distintos, inscritas na Unidade de Saúde Familiar RaiaMaior.

**V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude**

Os dados são recolhidos através do preenchimento da grelha FACES III, escala de GRAFFAR adaptada e questionário, o qual é totalmente anónimo, conforme consta do modelo anexo.

**VI- Metodologia no Tratamento dos Dados**

O tratamento dos dados será efetuado através do Programa Estatístico SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*.

**VII- Conclusões e propostas**

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo no sentido que permitirá perceber em que medida a implementação de uma consulta de enfermagem familiar utilizando o modelo de Calgary influenciará na capacitação das famílias, o que consequentemente, caso influencie positivamente se traduz numa melhoria que se pretende com esta área específica da enfermagem de família.

Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, tendo sido apresentado o modelo de consentimento informado, o qual se encontra em conformidade legal, constituindo o consentimento do participante o fundamento da legitimidade quanto ao tratamento dos dados pessoais.

Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, existindo uma preocupação com o anonimato, relativamente aos dados sensíveis, sendo os instrumentos de recolha de dados completamente anónimos.

Nestes termos, a Comissão de Ética, que integra a Encarregada de Proteção de Dados, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados pessoais, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: "O impacto do modelo de Calgary na capacitação familiar: perspetiva da enfermagem de saúde familiar".

O requerente após finalizar o seu trabalho deverá agendar a apresentação do mesmo na ULSNA.

É tudo quanto cumpre informar

P'la Comissão de Ética  
  
MARIA LUIZA LOPES  
Responsável do Serviço  
Jurídico e Contencioso

ANEXO X

Escala FACES III

## FAMILY ADAPTATION AND COHESION SCALES

FACES III  
(Olson, Portner & Lavee, 1985)

Leia com atenção as seguintes questões. Decida, para cada uma delas, com que frequência o comportamento descrito ocorre na sua família.

Numa escala de 1 (Quase nunca) a 5 (Quase sempre), assinale com um círculo um dos pontos: 1, 2, 3, 4, 5, de cada uma das questões.

Questões	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. Em nossa casa pedimos ajuda uns aos outros.	1	2	3	4	5
2. Quando é preciso resolver problemas, negociamos uns com os outros.	1	2	3	4	5
3. Nós aprovamos a escolha de amigos dos diferentes elementos da nossa família.	1	2	3	4	5
4. Em nossa casa, quando alteramos as regras de disciplina relativamente aos mais pequenos, estes são ouvidos.	1	2	3	4	5
5. As pessoas com quem mais gostamos de fazer coisas são os membros da nossa família mais próxima.	1	2	3	4	5
6. Há diferentes pessoas na nossa família que têm “capacidade de chefia”.	1	2	3	4	5
7. Sentimo-nos mais perto dos elementos da nossa família, do que daqueles que não o são.	1	2	3	4	5
8. Em nossa casa modificamos a maneira de efetuar as tarefas.	1	2	3	4	5
9. A melhor forma de gozarmos os tempos livres é uns com os outros.	1	2	3	4	5
10. Nós tentamos resolver os problemas de modos diferentes.	1	2	3	4	5
11. Nós sentimo-nos muito próximos uns dos outros.	1	2	3	4	5
12. Lá em casa são os mais novos quem tomam as decisões.	1	2	3	4	5
13. Quando a nossa família se junta para alguma atividade, todos participam.	1	2	3	4	5
14. Em casa, é possível alterar as normas.	1	2	3	4	5

Código do questionário \_\_\_\_\_

Questões	Quase nunca	De vez em quando	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
15. É-nos fácil fazer coisas em comum.	1	2	3	4	5
16. As responsabilidades da casa passam pelos vários membros da família.	1	2	3	4	5
17. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de nos consultarmos uns aos outros.	1	2	3	4	5
18. É difícil identificar quem tem “capacidade de chefia na nossa família”.	1	2	3	4	5
19. A união familiar é muito importante.	1	2	3	4	5
20. É difícil identificar quem desempenha as funções domésticas.	1	2	3	4	5

Grato pela sua colaboração.

O investigador,

---

(Rui de Oliveira Pires Monteiro)

## ANEXO XI

Questionário desenvolvido pela equipa de investigação

## Questionário

No âmbito do trabalho de investigação de mestrado que me encontro a desenvolver peço que responda às seguintes questões, sinalizando com uma cruz, a opção que lhe parecer mais adequada. Sinalize as questões que forem adequadas à sua realidade.

Questões	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
Aquando do início da constituição da minha família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, quando foi preciso.					
Quando tivemos o nosso(a) primeiro(a) filho(a), sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, perante as dificuldades que sentimos com a criança.					
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a creche, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família.					
Quando o(a) nosso(a) filho(a) foi para a escola primária, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família.					
Aquando da adolescência do(a) nosso(a) filho(a), sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para lidar com esta fase.					
Na altura em que o nosso(a) filho(a) saiu de casa, sentimo-nos apoiados pelo(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família.					
Como casal de meia idade e sem filhos(as) a viver em casa neste momento, sentimos que podemos contar com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família.					
Agora que estamos reformados, ou muito perto da reforma, sentimos que perante as dificuldades que vamos encontrando, o nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar.					
Quando na nossa família tivemos uma doença grave, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassar as dificuldades sentidas.					

Código do questionário \_\_\_\_\_

Questões	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	Não se aplica
Aquando da morte de um elemento na nossa família, sentimos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família.					
Quando pensámos em ter um(a) filho(a) contamos com o apoio do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família, para nos acompanhar nas dificuldades e dúvidas que foram surgindo.					
Perante as dificuldades que fomos sentindo depois de ser pais, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família foi-nos ajudando a enfrentá-las.					
Quando, na nossa família, sentimos dificuldade em comunicar uns com os outros, percebemos que o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família nos pode ajudar.					
Quando tivemos na nossa família um elemento doente, recebemos apoio por parte do(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família para podermos ajudar esse elemento, quando nos surgiram dúvidas.					
Quando sentimos dificuldades na nossa relação de casal, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos a ultrapassá-las.					
Quando a nossa família passou por dificuldades económicas, o(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família foi importante para nos ajudar a procurar soluções.					
O(a) nosso(a) enfermeiro(a) de família ajudou-nos quando a nossa habitação precisava de alguns melhoramentos, por se encontrar degradada ou em mau estado.					

Grato pela sua colaboração.

O investigador,

---

(Rui de Oliveira Pires Monteiro)