



Universidade de Coimbra

**Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e
Intervenção Familiar no Contexto dos
Cuidados de Saúde Primários em Vila Franca do Campo**

Renata Vila Nova da Silva

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Coimbra

2013

RENATA VILA NOVA DA SILVA

**Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e
Intervenção Familiar no Contexto dos
Cuidados de Saúde Primários em Vila Franca do Campo**

Dissertação de mestrado apresentada à
Universidade de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública.

Orientadora: Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Co-orientador: Mestre António Morais

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Coimbra

2013

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo, orientadora deste trabalho, pelo seu valioso contributo à enfermagem. Pela disponibilidade, amizade, dinamismo e toda a atenção dispensada durante todo este percurso. Muito grata por tudo Professora!

Ao Dr. António Morais pela disponibilidade de co-orientação e auxílio prestado.

A todos os colegas do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo. Às enfermeiras participantes do Projeto Enfermeiro de Família – Lúcia Correia, Conceição Carreiro, Sara Freitas, Neusa Coutinho, Rute Paula, Sandra Fontes, Graça Lima, Isabel Salema, Elisabete Dias, Marta Tavares, Débora Teixeira e Natacha Bicho e a todas as famílias alvo dos seus cuidados. À colega Filipa Maciel pela prontidão na ajuda solicitada.

Um agradecimento especial ao Enfermeiro Tércio Maio pelos contributos técnicos informáticos imprescindíveis e em especial, pela atenção espiritual muitas vezes dispensada.

Outro agradecimento especial à enfermeira Graça Almeida, pelo incentivo nesta caminhada.

Ao Professor Doutor Flávio Tiago e à sua esposa Professora Doutora Teresa Tiago pela prontidão e orientações prestadas na construção de parte deste trabalho.

Ao grupo de trabalho do Projeto Enfermeiro de Família, pelo desafio em contribuir para a implementação de tal projeto na região.

À Professora Cármen Andrade pelo incentivo e apoio.

A todos os meus familiares e amigos queridos pelo apoio constante de perto e à distância.

Aos meus queridos sogros, que me acolheram com muito amor e carinho no início deste percurso, onde fui impelida a trasladar “das Ilhas” para o Continente português. À Anabela, ao Carlos, Filipe e Miguel, minha adorada família extensa portuguesa.

Ao Helder e ao Ricardo, minha Família, minha fonte de apoio! O meu coração com eloquência agradece.

Um louvor especial ao meu bom Deus, que me acompanha e protege sempre.

A todos o meu sincero Obrigada!

RESUMO

O presente estudo integra-se no projeto de investigação “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF): uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários”, promovido pela Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com objetivos consentâneos ao Projeto Enfermeiro de Família (PEF) em vigor na Região Autónoma dos Açores.

Tendo como referencial teórico e operativo o MDAIF, pretendemos identificar os dados avaliativos e áreas de atenção avaliadas pelas enfermeiras na prestação de cuidados às famílias; identificar as necessidades das famílias em cuidados de enfermagem e identificar os ganhos em saúde produzidos pela implementação deste referencial.

De natureza quantitativa, exploratório-descritivo foram definidas como variáveis as áreas de atenção descritas nas dimensões operativas do MDAIF. O estudo decorreu no Centro de Saúde de Vila Franca do Campo. Para a recolha dos dados, os quais se reportaram ao período de janeiro a julho de 2012, considerou-se a parametrização da plataforma informática do PEF, cujos padrões de documentação traduzem a matriz operativa do MDAIF. Para o tratamento e análise de dados foram considerados os indicadores construídos no âmbito do referido Projeto, utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2007.

Dos resultados verificados, as áreas de atenção mais avaliadas foram “abastecimento de água”, “adaptação à gravidez” e “papel de prestador de cuidados”. As maiores necessidades identificadas em cuidados de enfermagem foram nas áreas de atenção “animal doméstico”, “planeamento familiar” e “papel de prestador de cuidados”. Por sua vez, a maior produção de ganhos em saúde familiar sensíveis aos cuidados de enfermagem incidiu nas áreas de atenção “edifício residencial”, “planeamento familiar” e “papel de prestador de cuidados”. Concluiu-se que o MDAIF contribuiu significativamente para o desenvolvimento de práticas conducentes à obtenção de ganhos em saúde familiar, realçando-se a importância dos sistemas de informação possibilitarem a extração de dados que permitam o desenvolvimento de evidências em enfermagem de saúde familiar.

Palavras-chave: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; Cuidados de Saúde Primários; Enfermeiro de Família.

ABSTRACT

This study is part of the research project "Dynamic Model for Assessment and Family Intervention (MDAIF): a transformative action in Primary Health Care," promoted by the Research Unit of Porto's Nursing School, in line with the objectives Nurse Family Project (PEF) in action in the Azores.

Having MDAIF as theoretical and operating framework, we intend to identify the evaluative data and care areas assessed by nurses in providing care to families; to identify the families' needs in nursing care and the health gains produced by the implementation of this standard.

Quantitative, exploratory and descriptive variables were defined as the areas of focus outlined in MDAIF's operational dimensions. The study took place at the Health Center of Vila Franca do Campo. To collect the data, which were reported to the period January to July 2012, it was considered a parameter of the IT platform of the PEF, whose documentation standards translate the MDAIF operative matrix. For data treatment and analysis were considered indicators constructed under the referred project, using the Microsoft Office Excel 2007.

Of outcomes, the most assessed areas of attention were "water supply", "pregnancy adaptation" and "care provider's role." The major needs identified in nursing care were at "domestic animal", "family planning" and "care provider's role" areas. In turn, the largest gains production in family health, sensitive to nursing care in the care areas focused at "residential building", "family planning" and "care provider's role". It was concluded that the MDAIF contributed significantly to the development of practices leading to gains for family health, highlighting the importance of information systems making possible the extraction of data that enable the development of evidence in family health nursing.

Keywords: Dynamic Model for Assessment and Family Intervention; Primary Health Care; Family Nurse.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	18
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
1. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E FAMÍLIA COMO ALVO DOS CUIDADOS	23
1.1 CONTEXTO NACIONAL	23
1.2- CONTEXTO REGIONAL: REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES	28
2. A FAMÍLIA COMO ALVO DO CUIDADO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	31
2.1 PERCURSOS E DESAFIOS	31
2.2 O MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR	34
3. DOS INDICADORES DE SAÚDE À AVALIAÇÃO DO IMPACTO	40
CAPÍTULO II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	48
1. OBJETIVOS	49
2. TIPO DE ESTUDO E VARIÁVEIS	49
3. POPULAÇÃO	49
4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS	50
4.1 Operacionalização informática para a recolha dos dados	54
5. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	54
5.1- TAXAS DE AVALIAÇÃO	54
5.1.1. Dimensão Estrutural	54
5.1.2. Dimensão Desenvolvimento	54
5.1.3. Dimensão Funcional	55
5.2. TAXAS DE PREVALÊNCIA	56
5.2.1. Dimensão Estrutural	57

5.2.2. Dimensão Desenvolvimento	57
5.2.3. Dimensão Funcional	58
5.3. INDICADORES DE RESULTADO	58
CAPÍTULO III- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	60
1. AVALIAÇÃO FAMILIAR POR DADOS AVALIATIVOS E ÁREAS DE ATENÇÃO	61
1.1 DIMENSÃO ESTRUTURAL	61
1.1.1. Tipo de Família	61
1.1.2. Família extensa	63
1.1.3. Rendimento Familiar	66
1.1.4. Edifício Residencial	66
1.1.5. Precaução de Segurança	66
1.1.6. Abastecimento de Água	67
1.1.7. Animal Doméstico	67
1.1.8- Síntese dos resultados	68
1.2 DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO	69
1.2.1. Etapa do ciclo de vida da família	69
1.2.2. Satisfação Conjugal	70
1.2.3. Planeamento Familiar	71
1.2.4. Adaptação à Gravidez	72
1.2.5. Papel Parental	73
2.6. Síntese dos resultados	75
1.3. DIMENSÃO FUNCIONAL	76
1.3.1. Papel de Prestador de Cuidados	76
1.3.2. Processo Familiar	78
1.3.3. Síntese dos resultados	80

2. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM	81
2.1 DIMENSÃO ESTRUTURAL	81
2.1.1. Rendimento familiar insuficiente	81
2.1.2. Edifício residencial negligenciado	81
2.1.3. Precaução de segurança não demonstrada	82
2.1.4. Abastecimento de água não adequado	82
2.1.5. Animal doméstico negligenciado	82
2.2. DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO	84
2.2.1. Satisfação conjugal não mantida	84
2.2.2. Planeamento familiar não eficaz	84
2.2.3. Adaptação à gravidez não adequada	85
2.2.4. Papel parental não adequado	85
2.3. DIMENSÃO FUNCIONAL	87
2.3.1. Papel de prestador de cuidados não adequado	87
2.3.2. Processo familiar disfuncional	88
2.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS	88
3. GANHOS EM SAÚDE PRODUZIDOS PELA IMPLEMENTAÇÃO DO MDAIF	89
3.1. DIMENSÃO ESTRUTURAL	89
3.2. DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO	91
3.3. DIMENSÃO FUNCIONAL	95
3.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS	96
CAPÍTULO IV- CONCLUSÕES	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	110
ANEXO 1- Cartas de Parceria	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama representativo do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar	38
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Amostra exemplificativa do resumo mínimo de dados da matriz operativa do MDAIF	45
Quadro 2- Paineis do resumo mínimo de dados do MDAIF- Taxas de avaliação	51
Quadro 3- Paineis do resumo mínimo de dados do MDAIF- Taxas de prevalência	52
Quadro 4- Paineis do resumo mínimo de dados do MDAIF- Ganhos em Saúde	53
Quadro 5- Representação da frequência dos dados de avaliação do animal doméstico e respectiva taxa de avaliação	68
Quadro 6- Resumo das taxas de avaliação da Dimensão Estrutural	69
Quadro 7- Representação da frequência absoluta dos dados de avaliação em satisfação conjugal e respectiva taxa de avaliação	71
Quadro 8- Representação da frequência absoluta dos dados de avaliação em planeamento familiar e respectivas taxas de avaliação por dimensão operativa	72
Quadro 9- Representação da frequência absoluta dos dados de avaliação em adaptação à gravidez e respectivas taxas de avaliação por dimensão operativa	73
Quadro 10- Percentagem de famílias avaliadas na área de atenção papel parental de acordo com a etapa do ciclo de vida familiar, por dimensão operativa	74
Quadro 11- Taxas de avaliação em papel de prestador de cuidados na dimensão operativa do conhecimento do papel	77
Quadro 12- Representação da frequência absoluta dos dados de avaliação em processo familiar e respectivas taxas de avaliação, por dimensão operativa	78
Quadro 13- Percentagem de famílias com ganhos em saúde documentados em papel parental adequado	94

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição por tipologia familiar	61
Gráfico 2- Distribuição da família extensa de acordo com o tipo de contacto	63
Gráfico 3- Distribuição da família extensa de acordo com a intensidade do contacto	64
Gráfico 4- Distribuição da família extensa de acordo com a função das relações	65
Gráfico 5- Distribuição da família de acordo com a etapa do ciclo vital	70
Gráfico 6- Taxa de prevalência em animal doméstico negligenciado, por não vacinação e não desparasitação	83
Gráfico 7- Representação dos ganhos em saúde documentados na dimensão estrutural	90
Gráfico 8- Representação dos ganhos em saúde documentados na dimensão desenvolvimento em satisfação conjugal mantida, planeamento familiar eficaz e adaptação à gravidez adequada	92
Gráfico 9- Representação das famílias com ganhos em saúde documentados na dimensão funcional	95

ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde
- CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CS- Centro de Saúde
- CSP- Cuidados de Saúde Primários
- CSVFC- Centro de Saúde de Vila Franca do Campo
- DGS- Direção Geral da Saúde
- Hab.- Habitantes
- MCSP- Missão para os Cuidados de Saúde Primários
- MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
- MS- Ministério da Saúde
- Nº- Número
- OE- Ordem dos Enfermeiros
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- PC- Prestador de Cuidados
- PEF- Projeto Enfermeiro de Família
- RAA- Região Autónoma dos Açores
- RMD- Resumo Mínimo de Dados
- RMDE- Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem
- SNS- Serviço Nacional de Saúde
- SRS- Serviço Regional da Saúde
- UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE- União Europeia

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USI- Unidade de Saúde da Ilha

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

VFC- Vila Franca do Campo

INTRODUÇÃO

As transformações nos padrões familiares ocorridas no mundo ocidental (Guidens, 2008) distinguem-se sobretudo, pela diversidade do tipo de famílias, o que implica uma reorganização na forma de como prestar cuidados de saúde face às novas realidades familiares.

De acordo com Figueiredo (2009) a família mantém-se como unidade emocional e afetiva, sendo crucial considerar a interdependência que existe entre a saúde da família enquanto sistema funcional e a saúde dos seus membros. Nesta perspetiva, corroboramos com a autora quando refere que os cuidados de saúde serão mais eficazes quanto maior for o foco no sistema familiar como alvo e unidade de cuidados.

Mas esta noção de cuidados centrados nas famílias teve espaço privilegiado para discussão na 1ª Conferência Internacional de Enfermagem de Família, em 1988. Por sua vez, a meta 15 do Programa Saúde XXI, desenvolvido em 1998, focava-se na promoção da saúde familiar com melhoria do acesso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP) tendo como suporte os serviços hospitalares (WHO, 1999). Acrescentamos ainda, a Declaração de Munique no ano de 2000, que reforçava a atenção à saúde familiar.

Importa referir, que no âmbito das práticas conducentes à integração da família como foco dos cuidados de enfermagem, foi implementado na Escócia em 2000, como experiência piloto do Comité Europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa “*Family Health Nurse*” e a avaliação realizada demonstrou que o foco na família ultrapassa os aspetos funcionais instrumentais e envolve as dimensões interacionais que influenciam a saúde familiar (Figueiredo, 2009).

Nos dias de hoje, estamos perante uma necessidade real de promover cuidados de proximidade às famílias. Com efeito, a nível nacional, o atual enquadramento legislativo dos CSP, fomenta esta atenção e assume a importância do papel do enfermeiro de família integrado na equipa multidisciplinar, como gestor e organizador dos recursos da comunidade com vista a promover a capacitação funcional das famílias (ESEP, 2013).

No caminho a percorrer para a efetivação e consolidação de cuidados de enfermagem centrados na família enquanto unidade, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), emerge para dar resposta à necessidade de abordagem sistémica à família, com enfoque num estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças,

recursos e competências (Figueiredo, 2009; 2012). Este Modelo sustenta-se no Pensamento Sistémico enquanto referencial epistemológico. Foi co-construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos CSP e representa assim, uma ferramenta fundamental para orientar e apoiar a tomada de decisão dos enfermeiros no seu trabalho junto com as famílias.

Salienta-se que no âmbito da regulamentação profissional, a Ordem dos Enfermeiros (OE), por proposta da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, em dezembro de 2011, deliberou favoravelmente a adoção do MDAIF como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. Assim sendo, o referido modelo alicerça o conjunto de documentos desenvolvidos para a criação da nova especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar nomeadamente o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, dos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Familiar e respetivo Programa Formativo (OE, 2011a; OE, 2011b; OE, 2011c).

Neste contexto, referencia-se o Projeto de Investigação “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários” (ESEP, 2013), inscrito na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, onde a utilização do MDAIF é disseminada em diversos contextos do país e internacionalmente.

Este projeto integra diversos parceiros dentre os quais a Administração Regional de Saúde do Norte, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, a Universidade dos Açores, a Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros, o Centro de Saúde de Vila Franca do Campo (CSVFC), a Escola Superior de Saúde de Santarém, a Escola Superior de Enfermagem da Guarda, a Escola Superior de Enfermagem de São Francisco das Misericórdias, a Escola Superior de Enfermagem de Bragança, a Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiares, a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, a Universidade Católica Portuguesa, a Universitat Rovira I Virgili e a Universidade de São Paulo. Deste modo, através de experiências inovadoras em cuidados de saúde, enquanto parceiros do projeto, os mesmos pretendem fazer emergir práticas sistematizadas e modelos formativos conducentes à capacitação das famílias e das comunidades.

A par do desenvolvimento do projeto supracitado, em Vila Franca do Campo (VFC) desenvolve-se o Projeto Enfermeiro de Família (PEF). Este projeto foi concebido por um grupo de trabalho criado especialmente para a implementação do Enfermeiro de Família na

Região Autónoma dos Açores (RAA) e integra como parceiros o Governo Regional, a Secção Regional da Região Autónoma dos Açores da Ordem dos Enfermeiros, a Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada e o Centro de Saúde de Vila Franca do Campo.

No que se reporta ao Projeto MDAIF: uma ação transformativa em CSP (ESEP, 2013), em comum com o PEF, a implementação do MDAIF tem como objetivos: avaliar o impacto da formação sustentada pelo MDAIF, no desenvolvimento das competências dos enfermeiros de CSP na avaliação e intervenção familiar; avaliar o impacto da aplicação do MDAIF no potencial de saúde das famílias, identificando os ganhos em saúde sensíveis às intervenções dos enfermeiros de CSP; e aprofundar as categorias das dimensões do MDAIF relativas aos diagnósticos e especificação de intervenções. Sendo que o seu desenvolvimento integra três etapas que pretendem dar respostas aos objetivos supracitados.

Nesta perspetiva, perante a necessidade de avaliação do MDAIF face a sua aplicabilidade no contexto dos CSP em VFC, o presente estudo integra-se na segunda etapa do projeto MDAIF: uma ação transformativa em CSP, com a seguinte pergunta de partida: “Qual o impacto produzido pela prática dos enfermeiros de família sustentada pelo MDAIF no potencial de saúde das famílias no contexto dos CSP em VFC?”

Para o efeito, traçaram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os dados avaliativos e áreas de atenção avaliadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em VFC, de acordo com a matriz operativa do MDAIF;
- Identificar as necessidades das famílias de VFC em cuidados de enfermagem, considerando os diagnósticos propostos na matriz operativa do MDAIF;
- Identificar os ganhos em saúde produzidos pela implementação do MDAIF em VFC.

Este relatório encontra-se estruturado em 3 capítulos.

O capítulo I é dedicado ao enquadramento teórico cujos conteúdos consideramos importantes para a compreensão do contexto que enquadra o desenvolvimento da temática. Subdivide-se em três subcapítulos:

O subcapítulo I estrutura-se em torno da importância dos CSP para o desenvolvimento de práticas inovadoras nos cuidados de saúde de proximidade. Reporta-se à evolução histórica dos CSP a nível nacional e regional, considerando a família como alvo dos cuidados.

O subcapítulo II disserta sobre a família como alvo do cuidado em CSP, envolvendo os percursos e desafios dos cuidados de enfermagem centrados na família explicitando sua trajetória até a atualidade. Seguidamente discorre sobre a estrutura concetual do Modelo

Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, bem como enuncia os seus princípios e pressupostos, fundamentando cabalmente, a necessidade da sua existência como forma de potenciar e melhorar a saúde familiar pelas intervenções dos enfermeiros.

O subcapítulo III constitui-se em torno da construção dos indicadores de saúde, como instrumentos de avaliação fundamentais nos cuidados em saúde, destacando o resumo mínimo de dados de enfermagem realçando também o contributo dos enfermeiros na maximização da saúde familiar.

O capítulo II dedica-se ao enquadramento metodológico da investigação.

O capítulo III descreve a análise dos dados e a respetiva discussão dos resultados, considerando a consecução dos objetivos do estudo. Posteriormente seguem-se as conclusões e sugestões.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo contextualiza teoricamente a temática do estudo, centrada na abordagem à família como unidade dos cuidados, considerando como contexto, os Cuidados de Saúde Primários. Dessa forma, foca o papel da enfermagem de saúde familiar em contexto interdisciplinar, na produção dos ganhos em saúde às famílias.

1. A EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E FAMÍLIA COMO ALVO DOS CUIDADOS

A Declaração de Alma Ata, no Cazaquistão, datada de 1978 consolidou concetualmente os CSP. Enfatizou que os sistemas de saúde devem organizar-se para fornecer os cuidados de saúde essenciais ao alcance de todos e diminuir a inaceitável desigualdade do estado de saúde entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 1978).

Nesta perspetiva, os CSP assumem-se como o nível de assistência que representa o primeiro contacto dos clientes (indivíduo, família e comunidade) com o Sistema, cujo conjunto de atividades desenvolvidas pelos seus serviços de saúde, devem atender às necessidades primordiais dos cidadãos/famílias.

A este respeito, Sakellarides (2006) afirma que os CSP representam uma forma de promover e proteger a saúde, prevenir e tratar as doenças mais comuns de modo a não substituir o projeto pessoal e familiar de cada um, mas antes, compreender e apoiar o seu desenvolvimento.

Nesta perspetiva, considera-se pertinente no decorrer deste subcapítulo, articular o processo evolutivo dos cuidados de saúde primários em Portugal considerando a sua trajetória na valorização da família como alvo dos cuidados.

1.1 CONTEXTO NACIONAL

Os CSP em Portugal, tiveram origem na reforma do sistema de saúde e da assistência, desenhada por Gonçalves Ferreira e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971 (Miguel & Sá, 2010).

De facto, é possível descrever o desenvolvimento dos CSP com fases relativamente bem delimitadas (Branco e Ramos, 2001) destacando contudo, que atualmente a estrutura de base organizativa dos CSP são as unidades funcionais dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES), anteriormente denominados Centros de Saúde (CS):

- Primeira fase- estendendo-se de 1971 até ao período revolucionário de 1974-1975

Os centros de saúde foram criados pela “reforma de Gonçalves Ferreira” materializada no plano jurídico pelo Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro, com o objetivo de garantir os cuidados de saúde primários à população em detrimento do modelo hospitalocêntrico, sendo a família considerada unidade básica do desenvolvimento humano (Ferreira, 1989).

Os CS da primeira geração eram organizados de modo vertical. Integravam diversas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, promovendo ações nos eixos

da vacinação, vigilância de saúde materno infantil, saúde escolar, atividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente. Incluíam também práticas de visitas domiciliárias com destaque para os enfermeiros de saúde pública que já mantinham uma posição privilegiada no contato com as famílias e populações (Ferreira, 1990; Branco e Ramos, 2001; Figueiredo, 2009).

Pode-se dizer que a análise dos indicadores de saúde materno-infantil e da incidência das doenças transmissíveis e evitáveis pela vacinação concluiu que, para a época, foi um sucesso notável (Branco e Ramos, 2001).

- A fase dos CS integrados com início em 1983 e a expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A Constituição da República de 1976 no seu artigo 64º reafirmava que a saúde era um direito dos cidadãos e que deveria ser assegurada com o desenvolvimento de um SNS com carácter universal, geral e gratuito, que foi concretizado em 1979 através da Lei nº 56/79 de 15 de setembro.

Não obstante, o desenvolvimento das políticas de saúde no âmbito dos CSP acontece com a regulamentação dos CS em 1983, pelo Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de abril. A sua filosofia era orientada essencialmente para a saúde familiar.

Ferreira (2007) refere que a segunda geração dos centros de saúde em 1983 caracterizou-se como o alcance de maior racionalidade na prestação de cuidados de saúde e na otimização dos recursos.

Contudo, o modelo de organização denominado integrado, por conjugar as principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, hospitais concelhios, Serviços-Médicos-Sociais) com os recursos e património físico e humano e culturas organizacionais distintas, não se mostrou muito favorável. Perante a inexistência de autonomia e a dificuldade de gerir os próprios recursos, esse novo modelo apresentava uma estrutura organizativa que não incluía o envolvimento da comunidade, subseqüentemente não motivadora para os profissionais (Ramos, 2009; Ferreira, 2007).

Relativamente a esta fase dos CS, outro aspeto importante a destacar decorrido no período entre 1996/1997, foi a criação dos projetos alfa¹. Branco e Ramos (2001) referem que

¹ Criados através do Decreto-Lei nº 117/98 de 5 de maio, os “projetos alfa” foram tentativas para descongelar o monólito burocrático do SNS e permitir iniciativas de pequenos grupos de profissionais com modelos de trabalho em equipa, com autonomia, responsabilização e avaliação. Foram alvo de

avaliação dos projetos assinalou a necessidade de estudar formas mais justas de remuneração que permitissem recompensar os que mais e melhor trabalham.

Em 1999, aprovado pelo Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de maio, surgem os CS da terceira geração. O debate sobre a reorganização e reorientação dos CS em Portugal considerando as críticas e sugestões de mudanças relativas ao modelo organizativo e gestor anterior, prepararam as bases para uma mudança (Branco e Ramos, 2001).

Dessa forma, o referido decreto, estabelecia um novo regime para a constituição, organização e funcionamento dos CS, propondo uma estrutura organizativa ajustada à crescente complexidade dos problemas de saúde e a evolução técnica. Este novo modelo almejou reforçar a participação da comunidade e colaboração intersectorial, numa lógica de cuidados de saúde centrados nas necessidades dos cidadãos com vista a obter ganhos em saúde. Por sua vez, a matriz organizativa prevista era baseada em unidades funcionais, cujas mesmas deveriam ser dotadas de personalidade jurídica, de autonomia administrativa e financeira (Figueiredo, 2009).

Embora pese alguns constrangimentos decorrentes de entraves técnicos legislativos para a concretização dos CS de terceira geração dispostos no Decreto- Lei nº 157/99, o seu enquadramento trouxe algumas virtudes no sentido de dar continuidade a ideia dos grupos personalizados de centros de saúde com autonomia de gestão administrativa e financeira, pela introdução do conceito de organização interna descentralizada por equipas multiprofissionais e do conceito de uma direção clínica e técnica.

- Os CSP na atualidade.

As experiências anteriores, indubitavelmente, contribuíram para a atual formatação dos CSP em Portugal no sentido de promover uma concertação e ajustamento favoráveis à promoção e proteção da saúde das famílias portuguesas.

Com o início da reforma dos CSP em Portugal em 2005, através do Decreto-Lei nº 88/2005, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF), consagradas então, como matriz organizativa dos CSP.

O desafio principal seria a transição de uma organização vertical em pirâmide dos CSP para um modelo em rede de equipas autónomas e interdependentes, com gestão simplificada e orientada para a obtenção de resultados concretos de ganhos em saúde para a população, fomentando essencialmente o trabalho em equipa (Ramos, 2009; Biscaia et. al, 2005).

temas de dissertações académicas e forneceram argumentação técnica e política para muitas decisões posteriores (Ramos, 2009).

Através da Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de outubro foi criada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), cuja intenção era coordenar e acompanhar a reestruturação dos CS e implementação das USF, que como refere Pisco (2011), teve a responsabilidade de conduzir uma profunda reconfiguração nos CSP.

O grupo de técnico da reforma dos CSP, criado pelo Despacho nº 10942/2005 de 21 de abril, elaborou um documento definindo as “Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” datado de janeiro de 2006, que abrangeram oito áreas alvo de medidas a adotar, nomeadamente: Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; Implementação de unidades de saúde familiar; Reestruturação dos serviços de saúde pública; Outras dimensões da intervenção na comunidade (participação comunitária); Implementação de unidades locais de saúde; Desenvolvimento dos recursos humanos; Desenvolvimento do sistema de informação; Mudança e desenvolvimento de competências (DGS, 2006a).

Por sua vez, essas intervenções prioritárias incidem no aperfeiçoamento da contratualização, na racionalização da rede hospitalar e de CSP objetivando a melhoria do acesso, o aumento da satisfação dos cidadãos e dos profissionais, a melhoria da qualidade técnico-científica, a continuidade dos cuidados e a melhoria da eficiência (Ramos, 2009). Pois, na medida em que há uma melhor organização e gestão, com o aumento da cobertura populacional aos CSP que prima pela promoção da saúde e prevenção das doenças além de englobar o tratamento e a referenciação, devem-se alcançar melhores resultados de saúde (Barros, 2009).

A nova arquitetura organizacional em rede dos CSP engloba os agrupamentos dos CS (ACES), que foram criados através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 28 de fevereiro de 2008, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde à população de determinada área geográfica, visando a eficiência e economia de escala, através da agregação de recursos e estruturas de gestão (Pisco, 2011). Possuidores de autonomia administrativa, as unidades funcionais dos ACES incluem: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

A experiência portuguesa das últimas três décadas conceitualizou as USF enquanto um modelo organizativo de trabalho em equipa em saúde individual e familiar baseada na medicina geral e familiar e na enfermagem de família, sendo esta uma disciplina emergente com um enorme papel a desempenhar na nova organização dos CSP (DGS, 2006a).

Reconhece assim, o papel importante do enfermeiro de família na produção dos ganhos em saúde e no grau de satisfação dos utentes e famílias (MCSP, 2008).

Nesta perspetiva, o novo modelo de organização dos CSP prevê para cada família cuidados de enfermagem efetivados por um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados nos eixos da promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

Com efeito, destaca-se, que o regime jurídico da organização e funcionamento das USF, regulamentado pelo Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto, no seu artigo 9º da alínea 2 destaca que “a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica”.(p.5590).

A par da necessidade do desenvolvimento da metodologia do trabalho do enfermeiro de família, a MCSP já em 2008, defendia a continuação e alargamento do debate entre os enfermeiros e outros grupos profissionais, como forma de se aprofundar experiências e conhecimentos a respeito desta matéria, considerando todavia, o papel preponderante da OE na definição das competências e certificação das mesmas (MCSP, 2008).

Neste sentido, a OE já tem regulamentado o programa formativo da especialidade de enfermagem de Saúde Familiar, dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de Saúde Familiar, e ainda, a adoção do MDAIF como referencial em Saúde Familiar. Destaca-se a publicação em Diário da República das competências do enfermeiro especialista na mesma área. Não obstante, salienta-se o Despacho nº 10321/2012, de 1 de agosto, com a constituição do grupo de trabalho, para preparação da legislação sobre a metodologia do enfermeiro de família.

No entanto, julgamos que é fundamental uma aposta vigorosa na formação em enfermagem a saúde familiar que possa ser expressamente refletida no terreno, pois como afirma Figueiredo (2006) quanto mais se envolve o sistema familiar nas intervenções em saúde, em detrimento de uma ação fragmentada e dicotomizada do indivíduo, melhores são os resultados em saúde para as famílias.

E face ao contexto atual de crescentes dificuldades socio-económicas, onde é preciso maximizar os resultados com eficiência, torna-se essencial repensar estratégias que deem respostas efetivas às necessidades de saúde das populações. Neste sentido, julgamos que a reforma dos CSP encetada a nível nacional é um meio importante para a promoção do enfermeiro de família bem como para a saúde das famílias portuguesas.

Considerando a relação custo-eficácia dos CSP, o Relatório Primavera de 2011 refere que a sua reforma a nível nacional continua a ser um acontecimento extraordinário para o

panorama da saúde e administração pública portuguesa. Tem desempenhado um papel essencial no aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde aos cidadãos/famílias. Acrescenta ainda que a utilização racional dos recursos e o maior controle dos custos, comprovados pela eficiência e eficácia das USF, tem reconhecimento explícito pelo Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, assinado pelo Governo e pela Comissão Europeia na medida em que torna evidente a necessidade de se constituírem mais USF (OPSS, 2011).

1.2- CONTEXTO REGIONAL: REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES

O Serviço Regional de Saúde (SRS) foi criado em 1980 através do Decreto Regional nº 32 de 11 de dezembro. Tendo como objetivo unificar os princípios fundamentais recomendados pela OMS, já embebido pelo espírito da declaração de Alma Ata, atribuindo papel fundamental aos CSP, elegia esta área como prioritária (Raposo, 2001).

Na mesma filosofia de Portugal Continental, os CS constituem a infraestrutura para a operacionalização dos CSP. Referidos como cuidados ambulatoriais, as suas ações destinam-se, entre outras, promover a saúde e prevenir doenças em articulação com o nível de prestação dos cuidados especializados, reabilitação, destacando especial atenção aos cuidados de enfermagem domiciliários (Raposo, 2001).

Na atualidade, o SRS da RAA reúne um conjunto articulado e coordenado de prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde a serviço da sua população (DRS, 2009).

No que respeita aos CSP, prevê na sua estrutura organizativa, as Unidades de Saúde de Ilha (USI) como meio de efetivação desses cuidados.

De acordo com o Decreto Regulamentar Regional nº 26/2011/A a Unidade de Saúde de Ilha, é uma “pessoa coletiva” de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira.

Neste contexto, as USI, seguindo os princípios emanados a nível nacional, consubstanciam-se como a base do sistema integrado de prestação de cuidados de saúde e é a principal porta de entrada no SRS.

Tem como competências, a missão de promover a saúde da população adstrita a sua área geográfica, através de ações de educação para a saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados na doença. Ainda abrange os cuidados diferenciados, o desenvolvimento de

vigilância epidemiológica, de formação profissional, de investigação, de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e avaliação dos seus resultados.

Em 2007 a oferta dos CSP no contexto regional era assegurada por 11 centros de saúde distribuídos por oito ilhas; e por duas USI, sendo uma na Ilha do Pico e outra na Ilha de São Jorge. Essas duas USI integram cinco centros de saúde com 92 extensões, das quais uma localiza-se na ilha do Corvo. Compreendia ainda 33 postos de enfermagem, destinados à realização de atividades de enfermagem tais como, realização de pensos, administração de injetáveis, avaliação de tensões arteriais, glicemias capilares, entre outras (DRS, 2009).

Atualmente, a recém criada USI de São Miguel integra os CS dos concelhos de Ponta Delgada, Ribeira Grande, Vila Franca do Campo, Povoação e Nordeste, que por sua vez, prestam cuidados de saúde aos utentes/famílias residentes na respetiva área de abrangência (DRS, 2009).

No que respeita à constituição funcional da USI prevista no Decreto atrás referido, os serviços de prestação de cuidados incluem as Unidades de Saúde familiar e Comunitária, Unidade de Saúde Pública, Unidade de Diagnóstico e Tratamento, Unidade de Internamento e Unidade Básica de Urgência.

No entanto, é preciso salientar, que essas estruturas previstas ainda não se encontram operacionais com tais denominações, estando os CSP incluídos na área de prestação denominada de cuidados ambulatoriais.

Neste âmbito, acrescenta-se que a atual proposta do SRS, ainda em discussão pública, objetiva, entre outros, melhorar e potenciar a articulação entre as diferentes unidades de prestação de CSP e melhorar a dotação dos diferentes serviços clínicos, de forma a otimizar os recursos disponíveis (Governo dos Açores, 2013).

Por conseguinte, não obstante à reforma dos CSP iniciada em 2005 em Portugal Continental, Vila Franca do Campo numa experiência piloto, torna-se o palco da prática do Projeto Enfermeiro de Família (PEF), com vista a melhorar a cobertura populacional e facilitar o acesso com qualidade aos serviços primários de saúde da região micaelense.

Neste sentido, foi criado o Grupo de Trabalho ao abrigo do Despacho 1137/2009 de 29 de outubro, para a implementação do “Projeto Enfermeiro de Família” no SRS, composto por elementos da DRS, da OE, das Unidades de Saúde da Região e da Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada.

O referido projeto foi fundamentado no modelo assistencial de enfermeiro de família, como um modelo organizativo dos cuidados de saúde, constituindo-se como uma ferramenta

valiosa para a promoção da saúde garantindo cuidados globais, de proximidade, integralidade ao longo do ciclo de vida assentes numa relação de parceria, ajuda e confiança. E, tendo o MDAIF (Figueiredo, 2012) como base para a sustentação das práticas direcionadas à família como cliente dos cuidados.

Sendo assim, no âmbito das competências do enfermeiro especialista em saúde familiar inseridas no Regulamento nº 126/2011, dentre outras, o enfermeiro interage com a família negociando com os seus elementos os melhores cuidados face aos recursos existentes na comunidade, para que possam garantir a saúde familiar.

Certamente, que a existência do PEF converge na rota das políticas de saúde implementadas a nível nacional e internacional, que tomam como princípios a potencialização dos CSP nos sistemas de saúde. Neste sentido, fomenta tanto a acessibilidade aos cuidados de saúde mais personalizados, quanto uma orientação dos cuidados numa relação custo-efetiva mais equilibrada.

De salientar, que a já referida proposta de reestruturação do SRS, pretende implementar em toda a RAA a figura do “Enfermeiro de Família”, bem como apostar na formação de enfermeiros na área de saúde familiar e demais especialidades de enfermagem. Dessa forma, reconhece a mais-valia do PEF na região e a necessidade de uma aposta efetiva na formação e qualificação profissional nos CSP.

Neste contexto, reiterando Starfield (1992), os sistemas de saúde baseados em cuidados primários efetivos, com profissionais altamente preparados para o exercício na comunidade, prestam cuidados com maior efetividade tanto em termos de custos como em termos clínicos.

2. A FAMÍLIA COMO ALVO DO CUIDADO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

2.1 PERCURSOS E DESAFIOS

Historicamente, a prestação de serviços com foco na família faz parte da enfermagem, pois o seu trabalho originou-se nas casas dos pacientes (Wright e Leahey, 2009).

Com o advento da 2ª guerra mundial, que acarretou, entre outras consequências, progressos nas tecnologias em saúde, assistiu-se a uma mudança no modo de prestar cuidados em saúde, ocorrendo a transferência dos cuidados dos domicílios para os contextos hospitalares. Consequentemente, muitos eventos familiares tais como o nascimento e a morte, foram afastados do domicílio excluindo as famílias de alguns acontecimentos importantes no seu ciclo vital (Wright e Leahey, 2009; Figueiredo, 2009).

As mudanças significativas na estrutura e dinâmicas familiares, assim como o desenvolvimento da medicina especializada e as novas políticas de saúde direcionadas para os cuidados hospitalares, também contribuíram para a centralização dos cuidados de saúde no sistema hospitalar, diminuindo os cuidados centrados nas famílias (Figueiredo, 2009).

Ainda a este respeito, Collière (1999) considera que o hiperdesenvolvimento das tecnologias hospitalares associado às novas descobertas no domínio da física e da química desde o fim do século XIX praticados em meio hospitalar, focava os cuidados na doença do indivíduo, reforçando a separação do corpo e do espírito, do doente e da doença, o que por sua vez, contribuía para relações humanas mais impessoais e fragmentadas.

Não obstante, Stanhope e Lancaster (2010) referem que na atualidade, a tendência na prestação dos cuidados de saúde, tem sido transferir os mesmos para os contextos comunitários, salientando contudo a prática dos cuidados de enfermagem na comunidade com ênfase na família.

Cuidar da família é de facto, um dos primordiais interesses da enfermagem e o contexto familiar permite a intervenção nas necessidades do sistema familiar como um todo e em cada um dos seus membros (Figueiredo, Martins, Silva e Oliveira, 2011), com vista a melhorar o sucesso das famílias e dos seus membros no processo de saúde-doença. Interessa pois, ao considerarmos também a família enquanto célula fundamental da sociedade, contribuir para a melhoria da sua estrutura e da sua capacidade de adaptação funcional, uma

vez que esses aspetos influenciam na qualidade de vida social (Figueiredo, Vilar & Sousa, 2009).

A Conferência Europeia sobre Cuidados de Enfermagem em 1988 reconhece a importância dos cuidados centrados na família através das propostas de criação de serviços inovadores em CSP. Através do quadro conceptual da política para todos na Região Europeia da OMS em 1998, expresso pelo programa Saúde 21, reafirma-se o papel dos enfermeiros na promoção da saúde das famílias (OE, 2002).

Sendo assim, de acordo com o programa Saúde 21, foram estabelecidas 21 metas para o séc. XXI que se articulam com a política regional europeia, onde cada Estado Membro deveria desenvolver as suas próprias políticas e estratégias de saúde, tendo como valores subjacentes a saúde como um direito fundamental e a equidade, bem como a responsabilização dos indivíduos, famílias e comunidades (WHO, 1999).

As 21 metas referidas tiveram uma abrangência muito ampla, lançando um desafio no domínio da saúde pública. Com efeito, essas metas pretenderam envolver todos os países da União Europeia (UE) para a implementação de políticas de saúde transversal aos vários setores da sociedade, que teriam de ser sustentadas por estruturas institucionais adequadas, processos de gestão e lideranças inovadoras. Entre outras, as metas debruçaram-se no interesse para o envolvimento de todas as classes sociais, todas as etapas do ciclo de vida, todos os tipos de doença, no ambiente, nos estilos de vida, de todos os serviços de saúde e seus recursos financeiros, humanos e de investigação (OE, 2002).

No âmbito dos CSP, a meta 15 realçou especial atenção ao trabalho direcionado para a família. Destacando a importância de um setor de saúde integrado, enunciava que: “no ano de 2010 as pessoas deverão ter melhor acesso aos cuidados de saúde primários orientados para a família e comunidade e suportados por um sistema hospitalar flexível e responsável” (OE, 2002 p. 18).

Acrescendo a esta afirmação, a OMS (2002), destacou a respeito do papel da enfermagem de saúde familiar no contexto dos CSP:

No centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias, um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio (...) os cidadãos teriam o direito a escolher os seus, médico e enfermeira (...) os cuidados secundários e terciários, que são em grande parte assegurados pelos hospitais, deveriam ser claramente de suporte aos cuidados de saúde primários (...). (p.23).

Contudo, depreende-se pois que o enfermeiro enquanto profissional privilegiado pelo contexto de proximidade é assumido como promotor de saúde numa lógica de intercooperação com a comunidade, interveniente na prevenção da doença, promotor de empoderamento familiar e comunitário. Neste sentido, desde de 2000 a OE vem desenvolvendo estratégias para a implementação e consolidação do enfermeiro de família, inclusive em 2002 publicou um livro intitulado “A cada família o seu enfermeiro” retratando experiências da enfermagem portuguesa direcionadas para os cuidados com as famílias.

Por outro lado, a reforma dos CSP a nível nacional, já referida no capítulo anterior, confere uma responsabilidade determinante para a garantia de respostas de qualidade ajustadas às necessidades das famílias em cuidados de enfermagem, promovendo o interesse crescente da academia, dos decisores políticos, dos profissionais dos centros de saúde, por estudos na área da saúde familiar (Abreu, 2009). Por sua vez, Figueiredo (2009), afirma que para que a família seja uma unidade e alvo dos cuidados em CSP é necessária a ampliação do foco de observação do indivíduo para a família.

Apesar de as famílias receberem cuidados de enfermagem há muitos anos, os desafios agora colocados ao novo paradigma da enfermagem, incluem, sobretudo, a mudança da dicotomia entre os discursos dos enfermeiros e as práticas, que se mantêm centradas nos indivíduos. Pois ainda existe uma segmentação dos conteúdos na área de saúde familiar no âmbito dos processos formativos e insuficiência dos modelos de sistemas de informação que traduzam os cuidados produzidos com as famílias, que por sua vez, proporcionam a reprodução dos modelos em uso onde os enfermeiros sentem-se mais confortáveis com as técnicas e o desempenho das tarefas (Hanson, 2005; Figueiredo, 2012).

O regulamento nº 126/2011, *in* DR nº 35, 2ª série, de 18 de fevereiro, especifica as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, que são, cuidar da família como unidade de cuidados e prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, (OE, 2011c). De salientar que a construção da referida documentação foi desenvolvida com base no MDAIF (Figueiredo, 2012).

Estamos numa primeira etapa dessa realidade, cujo projeto no qual se insere este estudo, Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em CSP (ESEP, 2013) pretende originar contributos importantes não só na área de formação da enfermagem de saúde familiar mas também na mudança das práticas dos enfermeiros de família.

Neste sentido, o MDAIF (Figueiredo, 2012) assume-se como uma ferramenta fulcral orientadora dos cuidados de enfermagem centrados na família no contexto dos CSP, na medida em que é detentor de uma estrutura enquadradora que permite uma ligação entre a teoria e a prática, favorecendo a produção de espaços qualificantes e geradores de conhecimento.

Importa destacar que o Conselho Diretivo da OE sob proposta da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária deliberou a adoção do MDAIF como referencial teórico e operativo em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011b), o que, indubitavelmente será uma excelente estratégia para a consolidação da prática estruturada e qualificada dos cuidados de enfermagem em saúde familiar.

2.2 O MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Fruto da necessidade instrumental e operativa para a orientação do trabalho do enfermeiro direcionado à família como unidade e alvo dos cuidados de enfermagem no contexto dos CSP e face às necessidades de saúde das famílias portuguesas, emergiu o MDAIF (Figueiredo, 2012).

Este referencial foi co-construído e legitimado por uma investigação no contexto dos CSP, tendo como princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem direcionados para a família enquanto unidade de intervenção, norteiam-se por uma abordagem sistémica com ênfase no estilo colaborativo, no sentido de potencializar as forças, recursos e competências da família (Figueiredo, 2012).

O estudo desenvolvido por Figueiredo (2009) que resultou no MDAIF buscou explorar as práticas dos enfermeiros de família, articulando-o na atual política nacional em que a enfermagem de saúde familiar encontrou sustentação política, nomeadamente através do anteriormente referido Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento nº 126/2011 de 18 de fevereiro), que consolida o desenvolvimento desta especialidade no contexto dos CSP.

Do ponto de vista epistemológico, o MDAIF alicerça-se no pensamento sistémico e reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, totalidade, equifinalidade, circularidade e auto-organização (Figueiredo, 2009; 2012).

Os fundamentos conceituais do MDAIF integram-se na enfermagem de família enquanto campo disciplinar na enfermagem, que por sua vez, co-existe e evolui com base nas teorias das ciências sociais da família bem como nas teorias da terapia familiar e de modelos de enfermagem, dando ênfase às interações dos elementos da família, numa perspectiva sistêmica de cuidados de modo a possibilitar as respostas da família aos problemas de saúde reais ou potenciais (Figueiredo e Moreira, 2009).

Consustanciado por todas as teorias explicativas que definem e norteiam a compreensão estruturante do MDAIF, dentre as quais, a Teoria Geral dos Sistemas, a Cibernética, a Teoria da Comunicação Humana, o MDAIF integra os conceitos, pressupostos e postulados que lhe dão identidade enquanto referencial teórico (Figueiredo, 2012).

No âmbito do mesmo referencial, os seus conceitos centrais englobam Família, Saúde Familiar, Ambiente Familiar e Cuidados de Enfermagem à Família.

De acordo com Figueiredo (2009; 2012) a Família é um sistema relacional que se caracteriza fundamentalmente por vínculos afetivos, assumindo características de globalidade, equifinalidade e auto-organização. Nos diversos contextos nos quais se insere, a família incorpora valores, conhecimentos e práticas que vão evoluindo conforme as suas finalidades e funções perante as necessidades vivenciadas ao longo do seu ciclo de vida.

A Saúde Familiar é entendida como um estado subjetivo cujo processo dinâmico de ajustamento, é mediado pelos processos adaptativos inerentes às mudanças advindas das transições normativas e acidentais (Charepe & Figueiredo, 2011; Figueiredo, 2012). Por sua vez, Hanson (2005) refere que a mudança na dinâmica da saúde familiar inclui fatores biológicos, psicológicos, espirituais, sociológicos e culturais, sendo a saúde de um indivíduo influenciadora do funcionamento de toda família e conseqüentemente, o funcionamento da família influenciador da saúde dos indivíduos (Stanhope e Lancaster, 2010), em concordância com o referencial em apreço.

No que concerne ao Ambiente Familiar, Figueiredo (2012) refere que “é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais interdependentes” (p. 68), tais como microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema e cronosistema. Refere que esses níveis estruturais se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade.

Os Cuidados de Enfermagem à Família centram-se portanto, na interação entre enfermeiro e família, com base numa relação terapêutica significativa, que tem por finalidade

colaborar na capacitação da família auxiliando-a a ser proativa na consecução do seu projeto de saúde e na resolução dos seus problemas (Figueiredo, 2012).

Relativamente aos pressupostos do Modelo em estudo, a autora enuncia dez, no entanto salientamos apenas alguns, visando a compreensão dos mesmos no enquadramento deste estudo, nomeadamente (Figueiredo, 2012):

I- A família é um sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interações mantidas entre os seus elementos e entre estes e o ambiente, confere-lhe unicidade num contexto de diversidade;

V- A Saúde Familiar é co-construída em torno do desenvolvimento e crescimento da família, enquanto sistema aberto, num contexto e num tempo direcionado à concretização das suas funções, mobilizando recursos internos e externos face aos seus processos de transição;

IX- A finalidade dos cuidados centra-se na potencialização das forças, recursos e competências da família, interpondo-se a abordagem colaborativa, caracterizada pela co-evolução processual. (p. 70).

De acordo com a mesma autora, os princípios e as definições integrados no MDAIF, norteiam o processo de enfermagem, considerando mais uma vez os CSP como contexto de excelência para a prestação dos cuidados de enfermagem à unidade familiar. Neste sentido, passamos a citar alguns dos catorze princípios, que cimentam o MDAIF (Figueiredo, 2012):

I- Os cuidados de enfermagem à família serão otimizados se centrados nos padrões interacionais da família e integram as dimensões do espaço e do tempo, numa abordagem multidimensional do potencial de saúde familiar.

II- Pela natureza dos Cuidados de Saúde Primários, todas as famílias são suscetíveis de avaliação (...).

III- Para uma avaliação eficaz deve ser estimulada a participação da família, com a presença do maior número de elementos, realçando-se a importância do conhecimento da perceção de todos os membros quanto ao funcionamento da família.

V- A identificação colaborativa das necessidades da família e, a subsequente enunciação dos diagnósticos constitui-se como elemento organizador do processo de cuidados com as famílias, contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar.

XIV- A avaliação dos resultados é processual, fundamentada nos objetivos estabelecidos e critérios fundamentados para a formulação de diagnósticos. O resultado traduz-se pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos. (p. 71).

No que diz respeito às definições que integram os postulados do MDAIF, as mesmas são compostas pela dimensão estrutural, desenvolvimento e funcional. Assim, as áreas de atenção familiares definidas pelo Modelo são relevantes na prática de cuidados de enfermagem e constituem as categorias avaliativas dessas três dimensões. Em cada dimensão do Modelo, para além das áreas de atenção, estão presentes os dados avaliativos que enformam a matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012).

Por conseguinte, a apreciação da matriz operativa do MDAIF, possibilita a efetiva tradução dos seus pressupostos e postulados e a mesma reúne condições para o conhecimento multidimensional e aprofundado do sistema familiar.

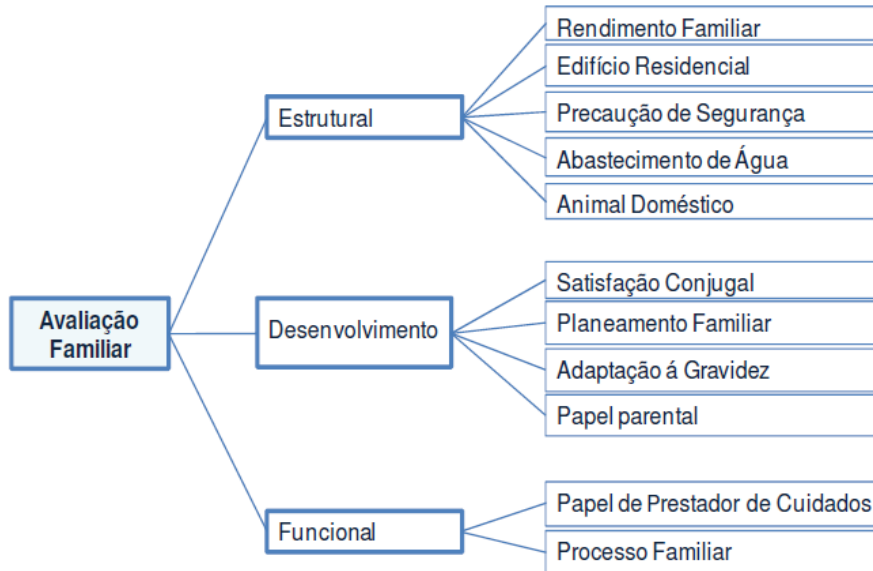
Por outro lado, a matriz operativa perspetiva uma estrutura compreensiva da natureza das relações entre as definições, pelas ligações operacionais que caracterizam a sua matriz de ordenação, permitindo assim, a interligação rigorosa e sistemática entre as etapas do processo de enfermagem (Figueiredo, 2012) nomeadamente a avaliação, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e a avaliação dos resultados.

É importante salientar, que a matriz do MDAIF traduz-se numa ferramenta orientadora da avaliação de enfermagem voltada para a família, que auxilia na sistematização das suas práticas no sentido de favorecer o fortalecimento familiar culminando com a produção dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Todavia, o enfermeiro deve singularizar esta avaliação à cada família no período temporal mais propício, considerando que nem todas as áreas de atenção e os seus itens deverão ser obrigatoriamente avaliados.

Para efeitos de visualização macro da arquitetura estrutural do MDAIF, destacamos na figura 1, o esquema abaixo definido pela autora.

Figura 1- Diagrama representativo do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar



Fonte: Figueiredo (2012, p. 104)

A avaliação Estrutural permite ao enfermeiro identificar a composição estrutural da família, os vínculos entre os seus membros e com os outros subsistemas dentre os quais a família extensa e os sistemas mais amplos. Verifica ainda, aspetos do contexto ambiental que podem indicar riscos de saúde (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012). As áreas de atenção que integram esta dimensão são rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico. Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão incluem, o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada.

No que diz respeito a avaliação de Desenvolvimento, possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família de acordo com a etapa do ciclo de vida da família². Possibilita a prestação de cuidados antecipatórios, de modo a promover a capacitação da família através do desenvolvimento de tarefas essenciais, conforme cada etapa,

² Classificação das etapas do ciclo vital de acordo com Relvas (2000), referência utilizada para a construção do MDAIF: Formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes; família com filhos adultos. Figueiredo (2009) defende que esta abordagem é fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem centrados na família enquanto unidade.

preparando-a para as futuras transições (Figueiredo, 2009; 20012). Possui como áreas de atenção a satisfação conjugal, o planejamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental.

No que concerne a avaliação Funcional, esta engloba essencialmente os padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas. Integra duas áreas de atenção fundamentais do funcionamento da família, que são: papel de prestador de cuidados (PC) que enfatiza a dimensão instrumental do sistema familiar. Menciona sobre as atividades de vida diárias da família. E o processo familiar, que destaca a dimensão expressiva e alude sobre as interações entre os membros da família, com o intuito de identificar as necessidades nessas áreas (Figueiredo, 2009; Figueiredo, 2012). Os instrumentos de avaliação que compõem a dimensão expressiva incluem a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a escala de FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein.

Sendo assim, esta estrutura operativa possibilita a interligação entre as diferentes etapas do processo de enfermagem, permitindo aos enfermeiros dirigirem intervenções às famílias e com as famílias, na procura de respostas positivas face às necessidades dos seus clientes.

A finalidade das intervenções de enfermagem é promover a autonomia do sistema familiar e enfatizar as interações entre os membros da família para que possam conjuntamente tomar decisões sobre os seus problemas de saúde e criar um juízo de família saudável (Figueiredo, Charepe, Melo & Silva, 2010).

A adequação do sistema de informação dos serviços de CSP à lógica matricial do MDAIF, torna-se fundamental, para a produção rigorosa e célere dos resultados decorrentes da utilização do Modelo, que visa essencialmente avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem ocorridos no funcionamento do sistema familiar (Figueiredo 2012).

Salientamos que no âmbito do Projeto em apreço, foram desenvolvidos indicadores de estrutura, processo e resultado a serem utilizados em todos os contextos participantes do projeto.

3. DOS INDICADORES DE SAÚDE À AVALIAÇÃO DO IMPACTO

A necessidade de utilização dos indicadores prende-se com o facto dos mesmos terem a capacidade de fornecer informações concisas e com exatidão científica, permitindo dessa forma, uma avaliação adequada que suporta a tomada de decisão inerente aos processos da governação em saúde.

Sendo assim, os indicadores de saúde são instrumentos de medida abreviada que traduzem direta ou indiretamente, informações indispensáveis sobre diferentes atributos e dimensões da saúde assim como dos fatores que a determinam (MS, 2011a).

Neste sentido, Pereira (2006) e Dias, Freitas & Briz (2007) afirmam que os indicadores de saúde são capazes de traduzir o estado de saúde das populações devido à sua especificidade, constituindo-se como um construto útil para a quantificação, monitorização e avaliação da saúde e seus determinantes, quer o objeto seja uma população quer um indivíduo ou família, como clientes dos cuidados.

Não obstante os propósitos dos indicadores de saúde, é pertinente destacar que o nível de confiança dessa informação está fundamentalmente relacionado com a qualidade do indicador, que dependerá de um conjunto de atributos (validade, fiabilidade, representatividade, custos e preceitos éticos), da origem dos dados dos sistemas informáticos e dos processos utilizados na sua formulação. A excelência de um indicador de saúde pode ser demonstrada quando este é capaz de discriminar com precisão um fenómeno, assim como detetar as mudanças verificadas ao longo do tempo deste mesmo fenómeno (Bittar, 2001; Pereira, 2006).

A construção dos indicadores de saúde deve obedecer a um conjunto de documentos de referência pautada na cientificidade, englobando as diretrizes do SNS, da Direção Geral da Saúde (DGS), de orientações técnicas de referência internacional (DGS, 2006b), da filosofia e missão dos órgãos reguladores das profissões, por exemplo, para se avaliar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros deve-se ter em conta os padrões de qualidade emanados pela OE.

Fruto do impacto de trabalhos desenvolvidos por Donabedian (2003), é frequente a verificação de indicadores de saúde caracterizados como indicadores de estrutura, de processo e resultado (Pereira, 2006).

Os indicadores de estrutura estão relacionados com a filosofia e objetivos institucionais, os recursos e as condições organizacionais; os de processo relacionam-se com a assistência aos clientes, com a aplicação de padrões profissionais, do processo de enfermagem; e os de resultado refletem as mudanças desejáveis ou não decorrentes da assistência prestada e sua implicação nos ganhos em saúde evidenciados pelos clientes. Considera-se pois, que através dessa tríade consegue-se avaliar uma organização (Malik, 2006; S. Silva, 2010).

Não obstante, entenda-se por ganhos em saúde, a expressão da melhoria das condições dos clientes que decorre das intervenções realizadas face aos problemas de saúde identificados. Traduzem-se por ganhos em anos de vida (...), pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (MS, 2011a). No caso dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, os mesmos revelam as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções dos enfermeiros (OE, 2003).

Nesta perspetiva, a OE (2004) corrobora que os cuidados de enfermagem são influenciados de modo interativo pelos indicadores atrás referidos e como tal, destaca que a avaliação quantitativa e qualitativa desses cuidados deve debruçar-se naquele conjunto de indicadores (estrutura, processos e resultados). Desse modo, deve possibilitar a monitorização longitudinal da produtividade dos cuidados de enfermagem nas unidades, auxiliando na tomada de decisão a nível operacional, salvaguardando a qualidade dos cuidados prestados.

Salienta-se que no âmbito epidemiológico, a OE integra a constituição de indicadores tais como as taxas de incidência, de prevalência, de frequência relativa, bem como a eventual produção de outros que se revelem necessários (OE, 2007).

Com o objetivo de orientar a produção dos cuidados de enfermagem direcionada para a melhoria contínua da qualidade, a OE produziu um documento intitulado “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, onde determinou as categorias dos enunciados descritivos que visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão.

Neste sentido, descreveu para os enfermeiros de cuidados gerais, indicadores de avaliação voltados para as categorias (OE, 2001):

- ✓ Satisfação do cliente- inclui, entre outros, o respeito pelas crenças, valores do cliente; a procura da empatia nas interações com o cliente;

- ✓ A promoção da saúde- inclui, entre outros, o diagnóstico da situação de saúde da população (famílias) e dos recursos do cliente/família/comunidade; a promoção do *empowerment* em saúde ao cliente/família/comunidade;
- ✓ A prevenção de complicações- inclui a identificação rápida o quanto possível dos problemas de saúde do cliente de acordo com suas competências profissionais para avaliar e prescrever intervenções que contribuam para melhorar a sua qualidade de vida considerando suas limitações; o rigor técnico/científico na implementação das suas ações;
- ✓ A readaptação funcional- inclui a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade; o ensino, a instrução e o treino do cliente/família face à necessidade de readaptação funcional;
- ✓ A organização dos cuidados de enfermagem- inclui a existência de um quadro de referência para o exercício profissional; de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional, entre outros.

Posteriormente aos padrões de qualidade em enfermagem de Saúde Familiar, aprovados pela OE em assembleia geral, teve como suporte na sua criação, o MDAIF (Figueiredo, 2009; 2012), uma vez que o seu construto direcionado para a avaliação e intervenção na unidade familiar, incorpora “o cuidar da família como unidade de cuidados e o prestar cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família”, que são competências primordiais do enfermeiro de família (OE, 2011b).

Neste sentido, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, tem como categorias de enunciados descritivos, as mesmas descritas para os enfermeiros de cuidados gerais, no entanto os seus conceitos e objetivos englobam as necessidades das famílias enquanto unidade alvo dos cuidados. Destacamos alguns exemplos (OE, 2011b):

- ✓ Satisfação do cliente- o respeito pelas capacidades da família, considerando suas dimensões contextuais co-evolutivas, a procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação eficaz com a família;
- ✓ Promoção da saúde- além dos padrões definidos para os cuidados gerais, exemplificamos a avaliação familiar, transversal a todas as famílias, nas suas dimensões avaliativas do MDAIF, estrutural, de desenvolvimento e funcional, integrando uma perspetiva sistémica e ecológica;

- ✓ A prevenção de complicações- a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados nas dimensões do MDAIF referidas acima;
- ✓ O bem-estar e o auto-cuidado- além dos definidos para os enfermeiros de cuidados gerais, exemplificamos a agregação de informação relevante nas dimensões do MDAIF que permita a identificação de necessidades da família resultantes da dependência de um dos seus membros;
- ✓ A readaptação funcional- a manutenção do processo de prestação de cuidados sistémicos e globais, objetivando capacitar a família na promoção e readaptação funcional de um dos seus membros;
- ✓ A organização dos cuidados de enfermagem- a definição, acompanhamento e monitorização de estratégias de melhoria contínua da qualidade no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em saúde familiar, entre outros.

Por conseguinte, ainda fundamentados pelos Padrões de Qualidade, a OE normatiza a criação de um Resumo Mínimo de Dados (RMD) que significa “(...) um o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (Werley, Devine, Zorn, Ryan & Westral, 1991 p. 421), de forma a retratar claramente a produção do trabalho dos enfermeiros.

O Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) concebe na sua estrutura substantiva, sob o ponto de vista clínico, um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que por sua vez, engloba um painel de indicadores proposto que constitui uma das múltiplas possibilidades de ler aquele conjunto de dados construídos com marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo particular dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (OE, 2007).

No sentido de procurar estabelecer os diferentes objetivos ou finalidades do RMDE, Pereira (2006) pontua que a sua existência deve-se a necessidade do estabelecimento de comparações de dados de enfermagem entre diferentes populações, locais e momentos; à descrição de padrões de cuidados de enfermagem; de demonstração e projeção das tendências nas necessidades, intervenções e resultados de enfermagem; de auxílio nos processos de gestão dos cuidados e de alocação de recursos na saúde; de estimulação a investigação em enfermagem, através da constituição de bases de dados sobre os cuidados de enfermagem e de

promoção do cruzamento da informação relativa aos cuidados de enfermagem com as demais informações da saúde.

De realçar que a tecnologia associada à produção da informação dos cuidados específicos de enfermagem implica a adoção de uma parametrização que deve considerar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) integrada nos sistemas de informação informatizados (Santo et. al, 2010).

Atendendo a necessidade de cumprimento dos desígnios da OE com a disponibilização de informação capaz de auxiliar os programas locais de promoção e melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos seus cuidados no SNS, assim como a de se avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem num contexto familiar, a estrutura operativa do MDAIF prevê indicadores para a avaliação dos cuidados de enfermagem.

No âmbito do projeto onde se integra este estudo, nomeadamente no que se refere ao segundo objetivo, foram desenvolvidos indicadores com base no RMD estruturado através da sua matriz operativa e evidencia os diagnósticos e subconjuntos diagnósticos que podem requerer a implementação de intervenções de enfermagem no sentido de dar resposta às necessidades identificadas em cada família.

Quadro 1- Amostra exemplificativa do resumo mínimo de dados da matriz operativa do MDAIF

Dimensão do MDAIF	Indicadores		
	Taxa de avaliação	Taxa de prevalência	Resultado/Ganhos em saúde
Estrutural	Nº de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias x 100	Nº de famílias com Edifício Residencial Negligenciado/Nº total de famílias x 100	Nº de famílias com diagnóstico positivado em Edifício Residencial/Nº total de famílias com Edifício Residencial Negligenciado x 100
Desenvolvimento	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação Conjugal/Nº total de famílias com subsistema conjugal x 100	Nº de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não Mantida/Nº de famílias com subsistema conjugal x 100	Nº de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal/Nº total de famílias com Satisfação Conjugal não Mantida x 100
Funcional	Nº de famílias avaliadas em Processo Familiar/Nº total de famílias x 100	Nº de famílias com Processo Familiar Disfuncional/Nº total de famílias x 100	Nº de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar/Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional x 100

Fonte: Projeto MDAIF: Uma ação transformativa em CSP (ESEP, 2013).

De realçar, que o relatório do CSVFC elaborado em abril de 2012, referiu que desde a implementação do MDAIF no serviço (fim de dezembro de 2011 e início de janeiro de 2012), os ganhos em saúde já foram demonstrados e as percentagens de sucesso situam-se na ordem dos 50, salientando o impacto positivo das intervenções das enfermeiras de família após a utilização do referido modelo (USI/CSVFC, 2012b). Abaixo referenciamos os resultados mais relevantes:

- Dimensão Estrutural- 77,8% (n=14) das famílias avaliadas em rendimento familiar com necessidades em cuidados de enfermagem, obtiveram ganhos em saúde;
- Dimensão Desenvolvimento- 90% (n=18) das famílias avaliadas em satisfação conjugal com necessidades em cuidados de enfermagem, obtiveram ganhos em saúde;
- Dimensão Funcional- 33,3% (n=3) das famílias avaliadas em papel de prestador de cuidados com necessidades em cuidados de enfermagem, obtiveram ganhos em saúde.

No que diz respeito aos aspetos económicos relacionados com a profissão de enfermagem, Barros (2011, junho) reconhece que a dotação segura de enfermeiros nos serviços de saúde gera benefícios inumeráveis, dentre os quais destacam-se: maior qualidade nos cuidados, deteção antecipada de problemas de saúde, impacto positivo na adaptação do utente em condições de doença prolongada.

Falamos em dotação segura, por significar qualidade, porém de acordo com o rácio de enfermeiros *versus* nº habitantes preconizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico de 8,7/1000 habitantes³, Portugal tem uma dotação que não corresponde ao preconizado (5,7/1000 hab.) implicando constrangimentos, quer a nível de equidade na distribuição dos cuidados quer a nível de colocação desses profissionais no mercado de trabalho.

Pese embora esta realidade, a experiência portuguesa vem manifestando quantitativa e qualitativamente os contributos dos enfermeiros na melhoria do acesso bem como dos níveis de saúde das suas famílias, cujas USF revelam esses resultados.

O relatório da Administração Regional do Norte de 2011 intitulado “Cuidados de Saúde Primários- o norte aposta nas USF”, evidencia resultados bastantes positivos revelados por indicadores que foram avaliados entre 2006 e 2010, incluindo as intervenções de enfermagem direcionadas para os utentes/famílias da sua lista (MS, 2011b).

Esses resultados revelam, entre outros, o aumento da taxa de visitas domiciliárias (95,9%); garantia de imunidade de grupo nas crianças com Plano Nacional de Vacinação atualizado aos 2 anos; taxa de consulta de enfermagem em planeamento familiar superiores a

³ Obtido em 20 de fevereiro de 2013 em web site da OE, <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/OEnfermeirosApontaAspetosRelatorioFMI.aspx>

35,6%; melhoria da cobertura na vigilância de saúde infantil até ao 2º ano de vida; aumento da percentagem de grávidas com 6 ou mais consultas de vigilância de saúde materna; aumento da percentagem de domicílios de enfermagem realizados às puérperas e ao recém-nascido (MS, 2011b).

O relatório também destaca que a gestão da doença crônica é sem dúvida um fator de sucesso do trabalho dos enfermeiros em contexto interdisciplinar, já que evidencia que os resultados dos indicadores aproximam-se de níveis de excelência, embora reconheça o enorme desafio acarretado por esta área nos CSP. Desse modo faz referência sobretudo, aos bons níveis alcançados na cobertura aos utentes portadores de hipertensão arterial e diabéticos na faixa etária dos 18-75 anos seguidos na consulta de enfermagem (MS, 2011b).

Embora os resultados supra referidos sejam positivos, os mesmos não expressam ganhos em saúde familiar, por não incidirem áreas de atenção da família como unidade. Esperamos assim, que a implementação do MDAIF (Figueiredo, 2012) a nível nacional, associada ao desenvolvimento da especialidade de enfermagem em saúde familiar, contribua para que, em curto prazo, os sistemas de apoio à prática clínica possam fornecer resultados decorrentes dos indicadores descritos.

De realçar que na realidade açoriana, em maio de 2012, foi realizado um estudo para avaliar a satisfação das famílias (utentes) a respeito dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito do Projeto Enfermeiro de Família e cerca de 89% dos inquiridos referiu estar muito satisfeito em todas as questões respondidas. De uma maneira geral, as questões incidiam sobre a opinião do utente ao facto de ter um enfermeiro como referência, a qualidade na consulta de enfermagem, a capacidade técnica do enfermeiro face às suas necessidades de saúde, sobre a maneira de como a família é envolvida na solução dos problemas, entre outras (USI/CSVFC, 2012b).

Integrando a segunda etapa do projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários (ESEP, 2013) a pertinência deste estudo recai precisamente na importância de se identificarem os ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem sustentados pelo MDAIF. O que por sua vez, constitui mais uma fonte importante de documentação que evidencia a contribuição dos enfermeiros na maximização da saúde familiar.

CAPÍTULO II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No presente capítulo expõe-se o processo metodológico deste estudo, que integra a segunda etapa do projeto de investigação Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários (ESEP, 2013), cujo objetivo geral é avaliar o impacto da aplicação do MDAIF no potencial de saúde das famílias, identificando os ganhos em saúde sensíveis à intervenção dos enfermeiros de CSP.

1. OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivos específicos:

- Identificar os dados avaliativos e áreas de atenção avaliadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em VFC, de acordo com a matriz operativa do MDAIF;
- Identificar as necessidades das famílias de VFC em cuidados de enfermagem, considerando os diagnósticos propostos na matriz operativa do MDAIF;
- Identificar os ganhos em saúde produzidos pela implementação do MDAIF em VFC.

2. TIPO DE ESTUDO E VARIÁVEIS

O estudo é de natureza quantitativa, exploratório-descritivo.

Para dar resposta aos objetivos, e tendo como referencial teórico-operativo o MDAIF (Figueiredo, 2012), foram consideradas como variáveis as áreas de atenção e os dados avaliativos descritos na matriz operativa deste modelo:

- Dimensão Estrutural- tipo de família, família extensa (tipo de contacto, intensidade do contacto e função das relações), rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água, animal doméstico;
- Dimensão Desenvolvimento- satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental;
- Dimensão Funcional- o papel do prestador de cuidados e o processo familiar.

A definição concetual das variáveis corresponde ao descrito nas definições das mesmas, enquanto componentes do MDAIF (Figueiredo, 2012).

3. POPULAÇÃO

O estudo foi realizado no contexto do Centro de Saúde de Vila Franca do Campo e teve como população alvo 12 enfermeiras de família e as famílias que lhe estão atribuídas, perfazendo um total de 3498 famílias distribuídas nas suas respetivas listas.

4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

O instrumento utilizado foi a matriz operativa do MDAIF, sendo que os padrões de documentação da parametrização da plataforma informática do PEF, correspondem na íntegra à referida matriz, no que diz respeito à documentação dos cuidados produzidos com as famílias, enquanto cliente. Os dados recolhidos reportaram-se às áreas de atenção do MDAIF, às suas dimensões operativas bem como aos seus itens avaliativos, integrando a documentação relativa à avaliação e intervenção familiar.

Para a recolha dos dados foram considerados os indicadores definidos no âmbito do projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários (ESEP, 2013), que operacionalizam as variáveis e sub variáveis deste estudo, no que se refere à identificação das áreas de atenção e dados avaliativos avaliadas pelos enfermeiros, necessidades das famílias em cuidados de enfermagem e ganhos em saúde. Estes indicadores explicitados nos quadros a seguir (Quadro 2, Quadro 3 e Quadro 4), reportam-se às taxas de avaliação, taxas de prevalência e indicadores de resultado, que espelham os ganhos em saúde.

Quadro 2- Pannel do resumo mínimo de dados do MDAIF- Taxas de avaliação

	Dimensão do MDAIF	Fórmula do Indicador
Taxas de Avaliação	Estrutural	Nº. de famílias avaliadas em Tipo de Família /Nº total de famílias x 100
		Nº de famílias avaliadas em Tipo de Contacto/Nº total de famílias avaliadas em família extensa x 100
		Nº de famílias avaliadas em Intensidade do Contacto/ Nº total de famílias avaliadas em família extensa x 100
		Nº de famílias avaliadas em Função das Relações/Nº total de famílias avaliadas em família extensa x 100
		Nº de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias x 100
		Nº de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias x 100
		Nº de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias x100
		Nº de famílias avaliadas em Abastecimento de Água /Nº total de famílias x 100
		Nº de famílias avaliadas em Animal Doméstico/Nº total de famílias x 100
	Desenvolvimento	Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com subsistema conjugal x 100
		Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil x 100
		Nº de famílias com subsistema conjugal avaliadas em Adaptação à Gravidez /Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez x 100
		Nº de famílias com subsistema parental avaliadas em Papel Parental /Nº total de famílias com subsistema parental x 100
	Funcional	Nº de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador de Cuidados/Nº total de famílias com membro dependente x 100
		Nº de famílias avaliadas em Processo Familiar/Nº total de famílias x 100

Fonte: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em CSP, adaptado (ESEP, 2013)

Quadro 3- Painel do resumo mínimo de dados do MDAIF- Taxas de prevalência

	Dimensão do MDAIF	Fórmula do Indicador
Taxas de Prevalência	Estrutural	Nº de famílias com Edifício Residencial negligenciado/Nº total de famílias avaliadas x 100
		Nº de famílias com Rendimento Familiar insuficiente/Nº total de famílias avaliadas x 100
		Nº de famílias com Precaução de Segurança não demonstrada/Nº total de famílias avaliadas x 100
		Nº de famílias com Abastecimento de Água não adequado/Nº total de famílias avaliadas x 100
		Nº de famílias com Animal Doméstico negligenciado/Nº total de famílias avaliadas x 100
	Desenvolvimento	Nº de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não mantida/Nº total de famílias com subsistema conjugal avaliadas x 100
		Nº de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas com Planejamento Familiar não eficaz/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas x 100
		Nº de famílias com subsistema conjugal com Adaptação à Gravidez não adequada/Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez avaliadas x 100
		Nº de famílias com subsistema parental com Papel Parental não adequado /Nº total de famílias com subsistema parental avaliadas x 100
	Funcional	Nº de famílias com membro dependente com Papel de Prestador de Cuidados não adequado /Nº total de famílias com membro dependente avaliadas x 100
		Nº de famílias com Processo Familiar Disfuncional /Nº total de famílias x 100

Fonte: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma ação transformativa em CSP, adaptado (ESEP,2013)

Quadro 4- Painel do resumo mínimo de dados do MDAIF- Ganhos em Saúde

	Dimensão do MDAIF	Fórmula do Indicador
Indicadores de Resultado	Estrutural	Nº de famílias com diagnóstico positivado em Edifício Residencial/Nº total de famílias com Edifício Residencial negligenciado x 100
		Nº de famílias com diagnóstico positivado em Rendimento Familiar /Nº total de famílias com Rendimento Familiar não insuficiente x 100
		Nº de famílias com diagnóstico positivado em Precaução de Segurança /Nº total de famílias com Precaução de Segurança não demonstrada x 100
		Nº de famílias com diagnóstico positivado em Abastecimento de Água /Nº total de famílias com Abastecimento de Água não adequado x 100
		Nº de famílias com diagnóstico positivado em Animal Doméstico/Nº total de famílias com Animal Doméstico negligenciado x 100
	Desenvolvimento	Nº de famílias com diagnóstico positivado em Satisfação Conjugal /Nº total de famílias com Satisfação Conjugal não mantida x 100
		Nº de famílias com diagnóstico positivado em Planeamento Familiar /Nº total de famílias com Planeamento Familiar não eficaz x 100
		Nº de famílias com diagnóstico positivado em Adaptação Gravidez /Nº total de famílias com Adaptação Gravidez não adequada x 100
		Nº de famílias com diagnóstico positivado em Papel Parental /Nº total de famílias com Papel Parental não adequado x 100
	Funcional	Nº de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados/Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não adequado x 100
		Nº de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar /Nº total de famílias com Processo Familiar disfuncional x 100

Fonte: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em CSP, adaptado (ESEP, 2013)

4.1 Operacionalização informática para a recolha dos dados

Os elementos numéricos necessários para a aplicação das fórmulas dos indicadores do MDAIF, foram retirados do sistema informático por área de atenção, assim como os dados avaliativos de cada dimensão operativa. Relativamente a alguns dos dados avaliativos das áreas de atenção, nem todos são numéricos, sendo estes representados com descrição nominal (ex. área de atenção- Edifício residencial; dimensão operativa- Aquecimento, cujos tipos podem ser central, aquecedor à gás, aquecedor elétrico, lareira e cobertor elétrico). Outros dados avaliativos incluem respostas dicotómicas “sim e não”. Posteriormente, foi extraído do sistema informático o valor numérico global das respostas necessárias para aplicação nas fórmulas dos indicadores.

Para a totalização numérica dos diagnósticos de enfermagem propostos na matriz operativa do MDAIF e avaliação dos resultados, foi indicado o período de análise pretendido que reportou-se entre 01 de janeiro e 31 de julho de 2012, e depois, cada item descrito na matriz foi selecionado para a extração do valor numérico dos enunciados e resultados da avaliação (ex 1. nº de diagnósticos de enfermagem “satisfação conjugal não mantida”; ex. 2- nº de registos “edifício residencial adequado”).

A recolha dos dados foi realizada manualmente da plataforma informática do PEF entre os meses de setembro e dezembro de 2012.

5. PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a recolha dos dados, os mesmos foram inseridos no programa Excel para o devido tratamento. Posteriormente procedeu-se ao cálculo dos indicadores relativos às taxas de avaliação, taxas de prevalência e ganhos em saúde (resultados), com a aplicação das suas fórmulas cujo resultado percentual considerou duas casas decimais.

De seguida, serão detalhados os procedimentos tidos em consideração para o cálculo de cada indicador selecionado, no que respeita à seleção do numerador e denominador, em todas as dimensões do MDAIF.

5.1- TAXAS DE AVALIAÇÃO

5.1.1. Dimensão Estrutural

Para o cálculo das taxas de avaliação na dimensão estrutural, foi utilizado como denominador o número total de famílias inscritas na plataforma do PEF (3498). O numerador representou o menor número de famílias avaliadas em cada área de atenção descrita na matriz operativa do MDAIF. A definição deste critério pretendeu retirar a possibilidade de sobrestimação da taxa de avaliação e por entender-se que é o número comum a todos. Assim ficou definido para as restantes situações a que se apliquem.

- Rendimento Familiar- O critério definido para a escolha do numerador para o cálculo deste indicador, foi o número de famílias avaliadas no item “origem do rendimento familiar” incluso na Escala de Graffar;

- Edifício Residencial- O critério definido para a escolha do numerador para o cálculo do indicador nesta área de atenção, foi o número de famílias avaliadas em higiene da habitação, que correspondeu à soma das duas hipóteses de respostas (sim e não) Não foi possível incluir o resultado da escala de Graffar adaptada, relativo ao número de famílias avaliadas em tipo de habitação, sendo este um dos critérios referentes ao diagnóstico de edifício residencial seguro/não seguro.

- Precaução de Segurança- o critério definido para a determinação do numerador para o cálculo desta taxa, foi o menor número de famílias avaliadas em todas as três dimensões operativas desta área, que neste caso resultou na dimensão operativa “aquecimento”.

- Abastecimento de Água- o critério definido para a seleção deste numerador, foi a soma do número de famílias avaliadas que utilizam água privada e daquelas que são abastecidas pela rede pública;

- Animal Doméstico- o critério definido para a seleção do numerador relativo a esta área, foi a soma das duas hipóteses de respostas (sim e não) das famílias que foram avaliadas relativamente a esta área de atenção no que diz respeito à vacinação e desparasitação do animal doméstico.

5.1.2. Dimensão Desenvolvimento

Para o cálculo das taxas de avaliação desta dimensão, os denominadores constituíram o número total de famílias com subsistema conjugal e/ou parental de acordo com a respetiva

área de atenção. A seguir, explicitamos os critérios utilizados para a seleção do numerador das respectivas áreas de atenção:

- Satisfação Conjugal- O critério utilizado para a definição deste numerador, foi o número mínimo de casais avaliados nas dimensões operativas Relação Dinâmica, Comunicação, Interação sexual e Função sexual. O número de casais avaliados foi a soma das duas hipóteses de respostas (sim e não). Considerou-se a dimensão “Função sexual” como o item definidor do numerador, por se mostrar o número mínimo comum às quatro dimensões da área de atenção em apreço. Considerou-se como denominador, as 645 famílias com subsistema conjugal, inscritas na plataforma informática do PEF.

- Planeamento Familiar- O critério utilizado para a definição deste numerador, foi o número mínimo de casais avaliados em todas as dimensões operativas desta área: Fertilidade, Conhecimento do casal sobre vigilância preconcepcional, Uso de contraceptivo e Conhecimento sobre reprodução. O número de casais avaliados foi a soma das duas hipóteses de respostas (sim e não). Considerou-se como denominador, as 507 famílias com subsistemas de casais em idade fértil. As taxas de avaliação desta área de atenção foram calculadas por dimensão operativa.

- Adaptação à Gravidez- O critério para a seleção do numerador foi o menor número de famílias com subsistema conjugal e gravidez avaliadas nas dimensões operativas do Conhecimento, Comunicação e Comportamentos de adesão. A soma das duas hipóteses de repostas (sim e não) totalizou o número dessas famílias em cada dimensão operativa. Considerou-se como denominador, as 38 famílias com subsistema conjugal e gravidez. As taxas de avaliação dessa área de atenção foram calculadas por dimensão operativa.

- Papel Parental- devido à inoperabilidade do sistema informático em gerar os outputs necessários para o procedimento do cálculo desta taxa de avaliação, a análise foi feita considerando os números absolutos, incidindo nas etapas do ciclo de vida familiar e respectivas dimensões operativas previstas no MDAIF. De salientar que a plataforma informática do PEF, não disponibilizou a avaliação na dimensão operativa do “Consenso do papel” na III etapa do ciclo de vida familiar.

5.1.3. Dimensão Funcional

Os outputs da PEF revelaram um número total de 36 famílias com membros dependentes no período selecionado. Sendo assim, este foi o denominador utilizado para o cálculo da taxa de avaliação em Papel de PC, cujos numeradores serão especificados a seguir. No que respeita à área de

atenção Processo Familiar, o denominador foi o número total de famílias inscritas na plataforma do PEF, o que corresponde a 3498.

- Papel de Prestador de Cuidados- o critério para a definição do numerador, foi o menor número de famílias avaliadas na dimensão operativa Conhecimento do papel, que incidiu em todas as áreas do autocuidado descritas na matriz operativa do MDAIF (higiene, vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-reposo, atividade recreativa, atividade física, gestão do regime terapêutico, autovigilância, autoadministração de medicamentos). A soma das duas hipóteses de respostas (sim e não) totalizou o número de famílias avaliadas em cada item avaliativo. As taxas de avaliação foram calculadas separadamente por área do autocuidado.

- Processo Familiar- o numerador foi constituído pelo menor número de famílias avaliadas em todos os itens da matriz operativa nesta área, incluindo as duas hipóteses de respostas (sim e não) que fez o número total de famílias. As taxas de avaliação foram calculadas por dimensão operativa (comunicação familiar, coping familiar, papéis familiares e relação dinâmica). Salientamos que as escalas de Readaptação social de Holmes e Rahe; Faces II e o APGAR familiar de Smilkstein, não estiveram operacionais durante todo o período de recolha dos dados, tendo sido aplicada somente até meados de março. Isto se deu devido a constrangimentos de infra estrutura informática.

5.2. TAXAS DE PREVALÊNCIA

As taxas de prevalência foram calculadas considerando o item avaliativo que apresentou o maior número de famílias avaliadas em cada área de atenção do MDAIF, constituindo dessa forma o denominador. Pois o sistema informático utilizado inviabilizou a enunciação dos diagnósticos positivos, anterior às intervenções, permitindo somente a enunciação do diagnóstico positivo após as intervenções das enfermeiras de família, quando as mesmas atribuíssem tal juízo.

Para a definição deste critério, consideram-se os princípios do MDAIF, tal como refere Figueiredo (2012) “a identificação colaborativa das necessidades da família e, a subsequente enunciação dos diagnósticos constitui-se como elemento organizador do processo de cuidados com as famílias, contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio específico da vida familiar”. (p. 72). Sendo assim, o numerador representou o número de diagnósticos enunciados que evidenciam necessidades de intervenção em cuidados de enfermagem nas famílias avaliadas e alvo de intervenções subsequentemente.

Posteriormente, elucidaremos o processo realizado neste estudo, para o cálculo das taxas de prevalência nas três dimensões MDAIF, que identificam as necessidades das famílias em cuidados de enfermagem.

5.2.1. Dimensão Estrutural

- Rendimento familiar insuficiente- de acordo com os critérios diagnósticos definidos por Figueiredo (2012) para a enunciação desse diagnóstico, considerou-se como numerador o número total de diagnósticos de rendimento familiar insuficiente documentado na plataforma do PEF no período em análise. O denominador correspondeu ao número total de famílias avaliadas em “Classe Social” através da Escala de Graffar adaptada, que integra o item “origem do rendimento”. Contudo, devido a constrangimentos do contexto, salientamos que a escala de Graffar, só foi utilizada até meados de março de 2012 (USI/CSVFC, 2012a).
- Edifício residencial negligenciado- o numerador correspondeu ao número de famílias sem higiene da habitação e o denominador, o número total de famílias avaliadas neste item.
- Precaução de segurança não demonstrada- o numerador correspondeu ao número de famílias com esta enunciação diagnóstica extraído da plataforma informática, e o denominador correspondeu ao maior número de famílias avaliadas na dimensão operativa “barreiras arquitetónicas”.
- Abastecimento de água não adequado- o numerador foi o número de diagnósticos enunciados e o denominador correspondeu ao maior número de famílias avaliadas nesta área de atenção.
- Animal doméstico negligenciado- este indicador foi calculado em desparasitação e vacinação, cujo numerador representou o número de famílias que não apresentaram o animal doméstico desparasitado e/ou vacinado e o denominador, correspondeu ao número de famílias avaliadas nos respetivos itens.

5.2.2. Dimensão Desenvolvimento.

O cálculo da prevalência diagnóstica nesta dimensão segue a lógica referida anteriormente para a seleção do numerador e denominador.

- Satisfação conjugal não mantida- o numerador correspondeu ao número total de enunciação deste diagnóstico extraído da plataforma e o denominador ao maior número de famílias avaliadas na dimensão operativa “relação dinâmica”, que foi a mais avaliada.

- Planeamento familiar não eficaz- o numerador foi o número total de diagnósticos enunciados e o denominador foi o maior número de famílias avaliadas na dimensão operativa “fertilidade”, que foi a mais avaliada.

- Adaptação à gravidez não adequada- a dimensão operativa “conhecimento” apresentou o maior número de famílias avaliadas na área de atenção “adaptação à gravidez”, que constituiu o denominador. Por conseguinte, o numerador representou o número de famílias com esta enunciação diagnóstica.

- Papel parental não adequado- o número de famílias com este diagnóstico de enfermagem foi referido em valores absolutos, pois não foi possível escalonar as idades no sistema informático, para conjugar com as etapas do ciclo de vida das famílias avaliadas que iriam constituir o denominador. Contudo, a análise foi realizada de acordo com a etapa do ciclo de vida familiar (da II à V etapa, pois a primeira, formação do casal, antecede o papel parental) considerando os critérios diagnósticos, nomeadamente, conhecimento do papel não demonstrado, adaptação da família à escola não eficaz (específica da III etapa do ciclo de vida familiar), comportamentos de adesão não demonstrados, consenso do papel Não, conflito do papel Sim e saturação do papel Sim. Relativamente à IV e V etapas do ciclo de vida familiar, a plataforma informática não disponibilizou resultados em conhecimento do papel não demonstrado e comportamentos de adesão não demonstrados, respetivamente.

5.2.3. Dimensão Funcional

- Papel de prestador de cuidados não adequado- o numerador foi constituído pelo número de diagnósticos enunciados em papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado. O denominador foi o maior número de famílias avaliadas na dimensão operativa do “autocuidado comer”, que foi a mais avaliada.

- Processo familiar disfuncional- O número total deste diagnóstico de enfermagem documentado na plataforma no período em análise, correspondeu ao numerador. O maior número de famílias avaliadas, correspondeu à dimensão operativa “comunicação familiar”, especificamente no item avaliativo, comunicação emocional, constituindo todavia, o denominador para o cálculo.

5.3. INDICADORES DE RESULTADO

Para o cálculo dos indicadores dos resultados, a relação foi feita entre os resultados dos diagnósticos com juízo negativo que ao fim das intervenções efetuadas pelas enfermeiras de família,

passaram a ter juízo positivo, ou seja, que evidenciaram alteração do estado diagnóstico de negativo para positivo e, entre aqueles que foram enunciados com juízo negativo. Isto porque nem todos os diagnósticos positivaram, mesmo após a concretização das intervenções, sendo estes naturalmente, não contabilizados para o cálculo dos ganhos em saúde.

CAPÍTULO III- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pretendemos no decorrer deste capítulo, analisar e discutir o impacto produzido pela utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no contexto em estudo, de modo a dar resposta aos objetivos do trabalho.

O capítulo inicia-se com a apresentação da avaliação familiar por dados avaliativos e áreas de atenção que irão traduzir as taxas de avaliação obtidas nas três dimensões do MDAIF. Seguidamente far-se-á a apresentação das necessidades em cuidados de enfermagem identificadas nas famílias, reveladas através das taxas de prevalência dos diagnósticos de enfermagem enunciados. Finalmente serão revelados os resultados dos ganhos em saúde produzidos pelas enfermeiras de família decorrentes da utilização do MDAIF.

1. AVALIAÇÃO FAMILIAR POR DADOS AVALIATIVOS E ÁREAS DE ATENÇÃO

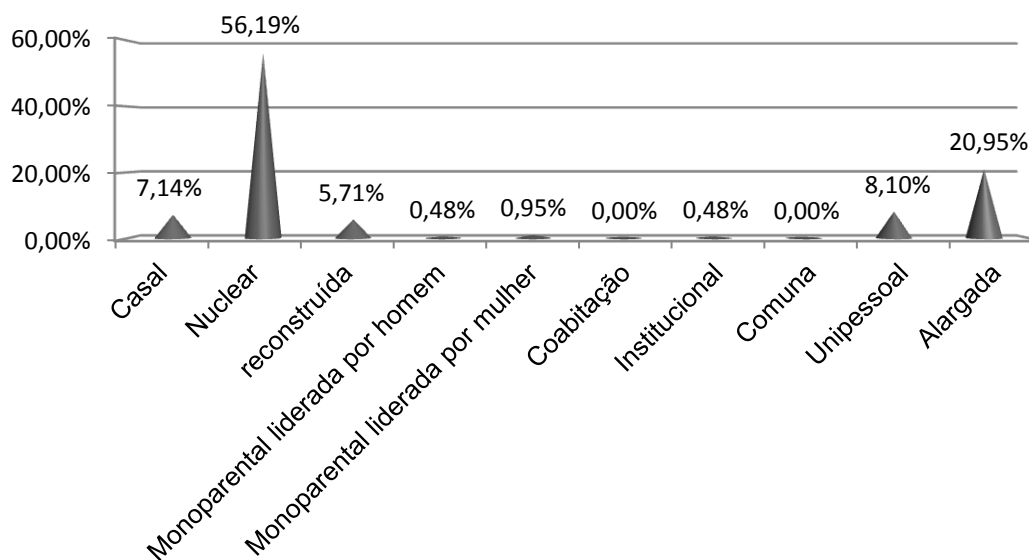
1.1 DIMENSÃO ESTRUTURAL

1.1.1. Tipo de Família

A taxa de avaliação em tipo de família é de 6,00%, considerando que 210 famílias foram avaliadas neste item no universo de 3498 famílias inscritas na plataforma informática do PEF.

A distribuição por tipologia de família, de acordo com as definições da matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012), integra: casal; família nuclear; família reconstruída; família monoparental liderada pelo homem ou monoparental liderada por mulher; coabitação; unipessoal ou alargada, que permite a identificação quer da prevalência quer da diversidade dos tipos de família no contexto das famílias avaliadas neste item, como representado no gráfico 1:

Gráfico 1- Distribuição por tipologia familiar



Verifica-se que a maioria das famílias avaliadas situa-se na tipologia de família nuclear 56,19% (118), o que corresponde no âmbito deste referencial de acordo com Figueiredo (2012), à família “constituída pelo homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adotados e podendo

ser ou não legalmente casados ou ainda casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adotados, podendo ser ou não legalmente casados” (p. 74).

Verifica-se com alguma expressão neste concelho, considerando o número total de famílias avaliadas, o tipo de família alargada em 20,95% (44); a unipessoal aparece em terceiro lugar como a mais prevalente com 8,10% (17); seguindo-se do tipo casal, 7,14% (15). A família reconstruída apresenta-se em 5,71% (12) das famílias avaliadas; ainda verifica-se um percentual de 0,95 (2) em família do tipo monoparental liderada por mulher e 0,48 (1) em família do tipo monoparental liderada por homem e em igual número a institucional.

Esta diversidade reflete o aparecimento de novas configurações familiares (incluindo também as famílias com casais homossexuais), que tem como fatores influenciadores referidos por Figueiredo (2008), o aumento da esperança média de vida, a diminuição da natalidade, a descida da nupcialidade, o aumento do divórcio. Associadas a esta diversidade, segundo a mesma autora estão também as alterações nos papéis de género, variedade de interações conjugais e processos de reorganização familiar.

Contudo, a família nuclear é a que mais prevalece, reiterando Gardner (2011) quando refere ser a tipologia de família mais frequente na sociedade contemporânea ocidental, embora reconheça também a necessidade de adequação vocabular na medida em que outros tipos de família tendem a ser definidos em relação à nuclear.

No seguimento das alterações das estruturas familiares, resultados dos Censos 2011 informam que o número de famílias clássicas aumentou cerca de 11% entre 2001 e 2011 (INE, 2012).

A mesma fonte considera, que apesar de perder importância relativa, a tipologia casal com filhos, predomina quando comparados esses dois períodos (2001- 57%; 2011- 50%), face às outras estruturas, como sejam casais sem filhos (2001- 31%; 2011- 35%); monoparentais (2001- 12%; 2011- 15%), sendo os núcleos monoparentais constituídos por mãe com filhos os mais prevalentes representando mais de 86% do total de núcleos monoparentais. Os Censos de 2011 também registam um aumento bastante significativo do número de famílias reconstituídas (2001- 46.786; 2011- 105.764) (INE, 2012).

Não obstante, considerando as diversas tipologias familiares que se revelam presentes no concelho de VFC, Giddens (2001), destaca que “é mais importante falar de famílias do que na família” (p. 15). Ao fazer esta afirmação, o autor enfatiza a importância de considerar esta realidade diversa evitando o problema da idealização de um tipo de família em relação a outro. Esta relação também vai ao encontro dos pressupostos do MDAIF (Figueiredo, 2012), cujo terceiro considera que as mudanças contextuais e evolutivas ocorrem na família enquanto sistema social na sua interação

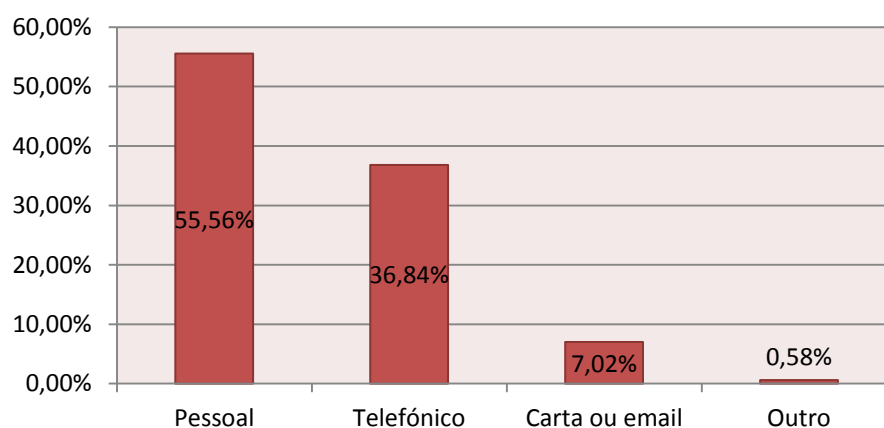
com o ambiente no ecossistema. Isto reflete-se na matriz operativa do MDAIF, que permite tal classificação tipológica.

1.1.2. Família extensa

Tipo de Contacto

Considerando a caracterização da família extensa em tipos de contato definida na matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012), pessoal, telefónico, carta/email, outro, poderemos constatar que o contacto pessoal é o mais frequente, representado em 55,56% (190) das famílias, conforme o gráfico 2:

Gráfico 2- Distribuição da família extensa de acordo com o tipo de contacto

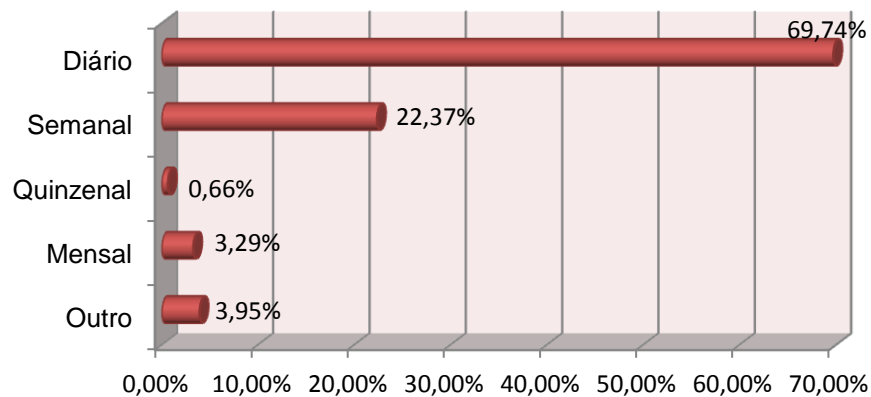


Seguidamente o contacto por telefone é representado por 36,84% (126) das famílias; o contato por carta ou email com 7,02% (24) surgindo como o terceiro tipo mais utilizado e por fim, a opção de outros com 0,58% (2), que não foi especificado pelas enfermeiras, mas que é uma opção disponível na matriz operativa do MDAIF.

Intensidade do Contacto

No que se reporta à intensidade do contacto, verifica-se que o contacto diário é predominante, sendo referido por 69,74% (106) das famílias. De seguida, esta intensidade revela-se com expressão semanal 22,37% (34), seguindo-se da opção outro 3,95% (6), mensal 3,29% (5) e quinzenal 3,95% (1), conforme representado no gráfico 3:

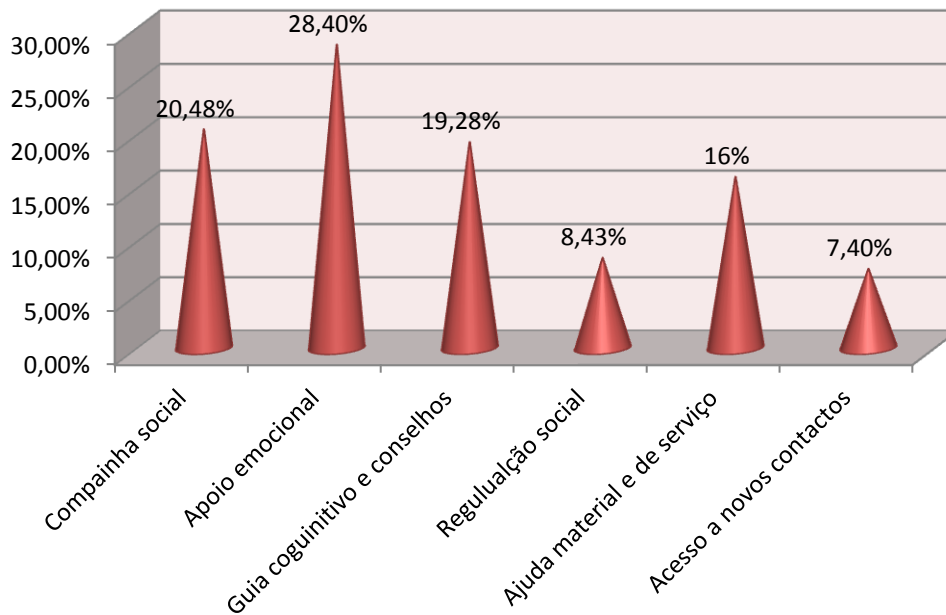
Gráfico 3- Distribuição da família extensa de acordo com a intensidade do contacto



Função das Relações

No que respeita às funções da família, verifica-se no gráfico 4, que a função de apoio emocional é a mais representativa com 28,40% (165), seguindo da companhia social 20,48% (119); guia cognitivo e conselhos 19,28% (112); ajuda material e de serviço 16% (93); regulação social 8,43% (49); por fim, acesso a novos contactos 7,43% (43).

Gráfico 4- Distribuição da família extensa de acordo com a função das relações



Através dos resultados dos dados sobre a família extensa, verifica-se que as famílias sujeitas a avaliação familiar, têm como sistema de apoio a família extensa, contrariamente ao que se revela na tendência nacional, como refere Vasconcelos (2002) no estudo que realizou onde verificou que esta rede de apoio familiar não é tão abundante.

O mesmo autor também refere que, de maneira geral, o apoio da rede de parentesco mais restrita, é mais ocasional do que sistemático. No entanto, o gráfico 3 revela que 69,74% das famílias avaliadas no contexto em estudo mantêm este contacto diariamente.

A apreciação dos aspetos que avaliam a família extensa tem a sua importância traduzida por promover o conhecimento da rede social da família aos enfermeiros. A respeito disto, Sluzki (2003) refere que a rede social engloba todos os vínculos interpessoais dos membros da família, numa abordagem ecossistémica, centrada essencialmente no nível microssistémico.

Relativamente à relação que pode ser feita entre a rede social familiar como contributo para o reforço da saúde familiar de acordo com Sluzki (2003), que faz uma relação direta entre rede social pobre e a deterioração da saúde *versus* rede social sólida e reforço da saúde, os resultados revelados apontam para o reforço da saúde nas famílias avaliadas.

Julgamos que o conhecimento sobre os mecanismos de entajuda familiar constitui um dado de extrema importância para o planeamento das intervenções dos enfermeiros de família, no sentido de ajudar as famílias a desenvolverem padrões de interação mais adaptativos que favoreçam um

melhor funcionamento familiar como defende Figueiredo (2012), visto que as dificuldades vivenciadas no cotidiano das mesmas são geradoras de tensão familiar.

1.1.3. Rendimento Familiar

O Rendimento Familiar, que integra a avaliação da classe social do agregado familiar, cuja avaliação inclui o score obtido no item “origem do rendimento” integrado na Escala de Graffar adaptada, foi avaliado em 144 famílias, correspondendo a 4,12% do total de famílias abrangidas pelo CSVFC.

1.1.4. Edifício Residencial

A higiene da habitação foi avaliada em 159 famílias no domicílio da família, gerando uma taxa de avaliação de 4,54%.

Os dados relativos à higiene da habitação referem-se aos aspetos de salubridade ambiental que sejam favoráveis para a saúde, incluindo como indicadores a organização do ambiente, presença de insetos/roedores e a limpeza do domicílio (Figueiredo, 2012).

1.1.5. Precaução de Segurança

Considerando o número total de famílias avaliadas (160) nas dimensões operativas desta área de atenção, que no âmbito do MDAIF incluem o aquecimento, abastecimento de gás e as barreiras arquitetónicas, verificou-se que a taxa de avaliação em Precaução de Segurança foi de 4,57%.

Relativamente às barreiras arquitetónicas, estas estiveram presentes em 53 das famílias avaliadas. De acordo com Figueiredo (2012) importa averiguar a existência das barreiras arquitetónicas, considerando essencialmente as características da família, no sentido de se identificar a presença de fatores que possam interferir no funcionamento instrumental da família e se individualmente isto possa ser motivo de inibição das atividades de vida diária pelos membros da mesma. Por outras palavras, a autora alerta que compete ao enfermeiro validar todas essas situações com a família, pois se “em determinados contextos habitacionais, a altura das bancadas e espaços entre as mesmas não constitui problema para nenhum dos membros da família; em outros contextos, face às especificidades das necessidades dos indivíduos, as mesmas condições podem manifestar-se como problemáticas”. (p. 76).

1.1.6. Abastecimento de Água

Considerando o número total de registos relativos às famílias que usufruem em exclusivo de abastecimento de água da rede pública (187) e as que utilizam apenas da rede privada (22), obtivemos um total de 209 famílias avaliadas neste item.

Sendo assim, verificou-se uma taxa de avaliação de 5,97% de famílias avaliadas em abastecimento de água.

Em termos de proteção da saúde pública, sabe-se que a qualidade da água para o consumo humano, é uma premissa. Neste sentido, o Decreto-Lei nº 306/2007 de 27 de agosto estabelece que as entidades gestoras responsáveis pelo fornecimento de água para consumo humano, implemente um programa de controlo de qualidade da água.

Um estudo realizado por L. Silva (2010), no âmbito do controlo da qualidade da água de consumo humano no concelho da Povoação-São Miguel, referiu que em 2003 a grande maioria dos concelhos da RAA, apresentou uma percentagem de incumprimentos relativa ao número de análises determinadas para o controlo da qualidade da água, que se situou entre 0,00 e 25%. Em 2008 também foi referido que esta tendência estava a decrescer, apresentando valores de incumprimento de 0,25%.

É importante que os enfermeiros de famílias estejam despertos para esta realidade e suas consequências, no sentido de propor medidas de intervenção antecipatórias com a equipa multidisciplinar, contribuindo para a minimização dos riscos à saúde das suas famílias relacionados com a água para o consumo humano.

1.1.7. Animal Doméstico

Verifica-se no quadro 5, que 157 famílias foram alvo de avaliação no item animal doméstico, gerando uma taxa de 4,48%:

Quadro 5- Representação da frequência dos dados de avaliação do animal doméstico e respetiva taxa de avaliação

Hipóteses	Sim	Não	Total
Vacinação	29	49	78
Desparasitação	54	25	79
Total Famílias Avaliadas	157		
Taxa de avaliação em Animal Doméstico	4,48%		

Pode-se verificar que existe uma maior quantidade de animais desparasitados do que vacinados.

Neste sentido, a vacinação e desparasitação do animal doméstico são cuidados básicos de saúde e a melhor maneira de evitar que as doenças advindas da não regularização destes esquemas, venham pôr em risco a saúde familiar.

No que respeita à desparasitação, os cães podem ser infetados com vários tipos de parasitas, externos (ex. pulgas, carraças) e internos (ex. *Ancylostoma* sp.) e a manutenção das boas condições de higiene da habitação para evicção dessas infestações além da desparasitação sistemática, são fundamentais. Os mesmos cuidados reportam-se à vacinação, para a prevenção das doenças, que mais das vezes podem ser fatais aos cães e algumas delas transmissíveis ao homem, denominadas de zoonoses (ex. raiva, equinococose, leishmaniose) (União Zoófila, 2009).

1.1.8- Síntese dos resultados

Numa análise integrativa da dimensão estrutural, representada numericamente no quadro 6, a maior taxa de avaliação verificou-se na área de atenção abastecimento de água (5,97%) o que nos faz depreender que esta abordagem, não acarreta maiores dificuldades de avaliação. Parece-nos que a cultura de um controle da qualidade da água transversal à toda população, incluindo os profissionais de saúde, influenciada pelo enquadramento legal bastante sólido existente a nível europeu e nacional, contribui para estes resultados.

Quadro 6- Resumo das taxas de avaliação da dimensão Estrutural

	Áreas de Atenção	Taxas de Avaliação
Dimensão Estrutural	Rendimento familiar	4,12%
	Edifício residencial	4,54%
	Precaução de segurança	4,17%
	Abastecimento de água	5,97%
	Animal doméstico	4,48%

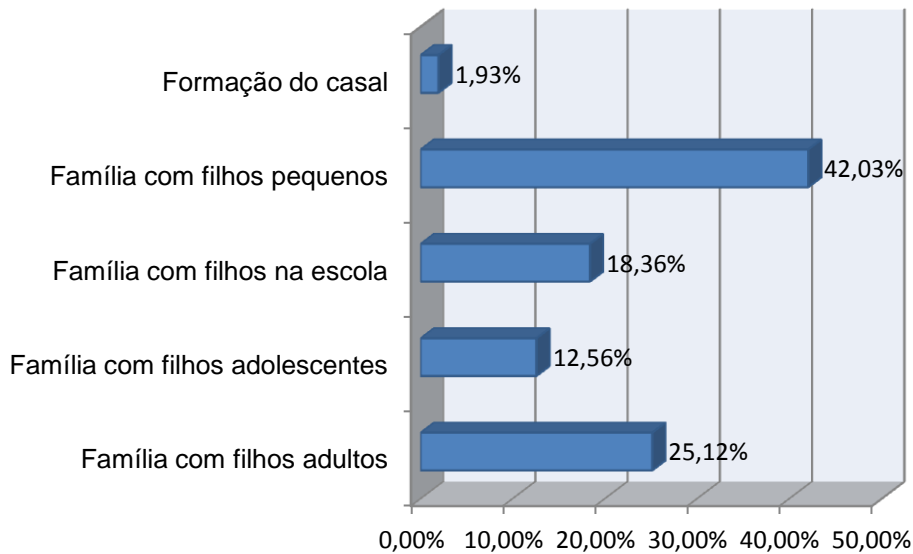
Contrariamente, verifica-se que a taxa de avaliação em “rendimento familiar” apresenta resultados mais baixos (4,12%), depreendendo que a não utilização da escala de Graffar devido às limitações informáticas, contribuiu para este resultado. Consideramos que uma avaliação mais generalizada permitirá o conhecimento sobre o perfil económico das famílias alvo dos cuidados, útil na definição de estratégias de intervenções coletivas, visto que o rendimento familiar está relacionado com o aspetos que influenciam a saúde tais como estilo de vida, estado de saúde, oportunidades de educação e as condições de vida em geral (Figueiredo, 2009).

1.2 DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO

1.2.1. Etapa do ciclo de vida da família

Do total de famílias identificadas como clientes do CSVFC, verifica-se a existência de 645 subsistemas conjugais, incluindo os estados civis de casado ou em união de fato. A classificação dessas famílias segundo a etapa do ciclo vital está representada no gráfico 5, onde observamos que a maioria encontra-se na II etapa do ciclo de vida familiar 42,03% (87), ou seja, família com filhos pequenos, no universo das 207 famílias classificadas de acordo com a etapa do ciclo vital:

Gráfico 5- Distribuição familiar de acordo com a etapa do ciclo vital



Seguidamente verifica-se a presença das famílias com filhos adultos em 25,12% (52), família com filhos na escola 18,36% (38), família com filhos adolescentes 12,56% (26) e por fim, as famílias na primeira etapa do ciclo de vida, formação do casal 1,93% (4).

1.2.2. Satisfação Conjugal

No âmbito do MDAIF, a avaliação da satisfação conjugal é feita considerando quatro dimensões operativas, nomeadamente relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual. Considerando a função sexual como a dimensão operativa elegível para o cálculo, esta área de atenção obteve uma taxa de avaliação de 11,47% das famílias, conforme representação no quadro 7:

Quadro 7- Representação da frequência absoluta dos dados de avaliação em satisfação conjugal e respetiva taxa de avaliação

Dimensão operativa	Nº mín. de famílias avaliadas	Taxa de avaliação
• Relação dinâmica	132	11,47%
• Comunicação	127	
• Interação sexual	80	
• Função sexual	74	

Relativamente às dimensões operativas “interação sexual” e “função sexual”, as enfermeiras de família, na generalidade, referiram não se sentirem competentes para efetuarem a respetiva avaliação. A respeito disto, Magnan, Rynolds e Galvin (2006) referem que embora os enfermeiros concordem que a avaliação da sexualidade e o aconselhamento nesta matéria façam parte das suas competências profissionais, ainda existem barreiras para o exercício rotineiro deste papel.

Os mesmos autores apontam como barreiras percecionadas pelos enfermeiros para intervir no âmbito da sexualidade, a opinião de que este assunto não é prioritário face ao problema imediato do cliente; a falta de treinamento adequado; barreiras pessoais, incluindo a vergonha, a crença de que este tipo de avaliação possa gerar e/ou aumentar a ansiedade dos «pacientes», ou mesmo invadir a privacidade dos mesmos. Muitos afirmam também que evitam fazer esta abordagem, por não conhecerem intervenções apropriadas para os problemas que possam identificar.

Todavia, Mick, Hughes e Cohen (2004) defendem que a avaliação da sexualidade deve estar sempre presente como forma de assegurar os padrões holísticos da prática dos cuidados de enfermagem, em consonância com o conceito de sexualidade descrito por Figueiredo (2012) uma vez que a autora refere que a “sexualidade, como conceito multidimensional e complexo, é entendida como uma força impulsionadora de emoções e sentimentos positivos que influenciam as interações entre os casais”(p. 80).

1.2.3. Planeamento Familiar

Dentre as dimensões operativas avaliadas referenciadas no quadro 8, verifica-se que o conhecimento do casal sobre reprodução, apresenta a maior taxa de avaliação (12,23%):

Quadro 8- Representação da frequência absoluta dos dados de avaliação em planejamento familiar e respectivas taxas de avaliação por dimensão operativa

Dimensão operativa	Nº mín.de subsistemas conjugais avaliados	Taxa de avaliação
• Fertilidade	26	5,13%
• Conhecimento do casal sobre vigilância preconcecional	47	9,27%
• Uso de contraceptivo	30	5,92%
• Conhecimento do casal sobre reprodução	62	12,23%

Posteriormente verifica-se que o conhecimento do casal sobre vigilância preconcecional foi avaliado em 9,27% das famílias. A dimensão uso do contraceptivo apresentou uma taxa de avaliação de 5,92% e por fim, a fertilidade com 5,13%.

Dos casais avaliados no âmbito da dimensão operativa conhecimento do casal sobre reprodução, que integra como dado avaliativo o conhecimento sobre a anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino, a maioria (52), no universo dos 62 casais apresentados no quadro 8, demonstrou ter este conhecimento.

Na dimensão conhecimento do casal sobre vigilância preconcecional, a maioria (36) do total dos 47 casais avaliados demonstrou ter conhecimento sobre a existência da consulta preconcecional. Estas respostas levam-nos a concluir que a maioria dos casais são detentores destes conhecimentos.

1.2.4. Adaptação à Gravidez

Dos 38 subsistemas conjugais com gravidez do CSVFC, verifica-se a maior taxa de avaliação na dimensão operativa comunicação com 39,47%, conforme o quadro 9:

Quadro 9- Representação da frequência absoluta dos dados de avaliação em adaptação à gravidez e respectivas taxas de avaliação por dimensão operativa

Dimensão operativa	Nº mín. de famílias avaliadas	Taxa de avaliação
• Conhecimento	12	31,58%
• Comunicação	15	39,47%
• Comportamentos de adesão	9	23,68%

No domínio do conhecimento, verifica-se uma taxa de avaliação de 31,58%. E no que se refere aos comportamentos de adesão foram avaliados em 23,58% das famílias em estudo.

No âmbito do MDAIF (Figueiredo, 2012), a adaptação à gravidez é definida como as atitudes de interação do casal que refletem comportamentos de adequação à gravidez, conforme as expectativas construídas a partir do modelo parental desejado pelo casal, que pretende também de alguma forma, cumprir as expectativas das famílias, amigos e sociedade. A mesma autora complementa que o conhecimento antecipado do processo de transição da gravidez e a comunicação do casal são fatores promotores de ajuste da identidade parental e da satisfação conjugal. Neste sentido, os resultados ressaltam a avaliação do conhecimento como item essencial, numa perspetiva de cuidados antecipatórios.

Esta avaliação permitirá a capacitação do casal para vivenciar a situação de gravidez, reconhecendo as suas necessidades, que implicam diretamente na adoção dos comportamentos saudáveis que viabilizem positivamente a promoção da adaptação à gravidez e do desenvolvimento do papel parental.

1.2.5. Papel Parental

As etapas do ciclo de vida familiar correspondem à classificação feita por Relvas (2000) e adotadas por Figueiredo (2009). Contudo, a matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012) no que respeita às categorias avaliativas no âmbito do conhecimento dos pais, subdivide a segunda etapa em: família com filhos pequenos em recém-nascido e de recém-nascido à infância escolar. A este respeito a autora do MDAIF considera que a informação necessária relativa aos cuidados parentais

ao recém-nascido é bastante diferenciada até à idade escolar, mesmo que pertençam à mesma etapa. O quadro 10, elucida a avaliação do papel parental nas respectivas etapas:

Quadro 10- Percentagem de famílias avaliadas na área de atenção papel parental de acordo com a etapa do ciclo de vida familiar, por dimensão operativa

Etapa ciclo vital		Família com filhos pequenos (recém-nascido)	Família com filhos pequenos (recém-nascido à infância escolar)	Família com filhos na escola	Família com filhos adolescentes	Família com filhos adultos
Dimensão Operativa	Conhecimento do papel	45,98%	52,87%	73,68%	69,23%	82,69%
	Adaptação da família à escola			65,79%		
	Comportamentos de adesão	49,43%		78,94%	76,92%	63,30%
	Consenso do papel	95,40%			76,92%	76,92%
	Conflito do papel	95,40%		94,74%	73,08%	76,92%
	Saturação do papel	94,25%		92,11%	73,08%	78,85%

Relativamente à II etapa do ciclo de vida familiar, verifica-se que a maior taxa de avaliação, corresponde, igualmente, às dimensões operativas do consenso e conflito do papel com 5,40% (82). A saturação do papel apresenta-se avaliada em 94,25% (82) das famílias nesta etapa. Na dimensão operativa do conhecimento do papel, o maior percentual de avaliação 52,87 (46) é verificado na família com recém-nascido à infância escolar, seguindo da família com recém-nascido (45,98; 41). Os comportamentos de adesão estão verificados em 49,43% (43) dessas famílias.

No que concerne às famílias na III etapa do ciclo de vida familiar, verifica-se que a maior taxa de avaliação situa-se na dimensão operativa do conflito do papel 94,74% (36); a saturação do papel é avaliada em 92,11% (36) das famílias nesta etapa. Os comportamentos de adesão surgem como a terceira dimensão operativa mais avaliada integrando 78,94% (30) das famílias; de seguida apresenta-se a dimensão conhecimento do papel com 73,68% (28) e por fim, a adaptação da família à escola com 65,79% (25).

No que diz respeito à IV etapa do ciclo de vida familiar, constata-se que as dimensões operativas comportamentos de adesão e consenso do papel são igualmente as mais avaliadas perfazendo um percentual de 76,92 (20) das famílias nesta etapa. Seguidamente surge o conflito e saturação do papel sendo também avaliados em 73,08% (19) das famílias. Por fim, surge a dimensão do conhecimento do papel avaliada em 69,23% (18) das famílias.

A V etapa do ciclo de vida familiar, apresenta-se com a dimensão do conhecimento do papel mais avaliada nesta etapa, em 82,69% (43) das famílias. Quando comparamos com as etapas anteriores, constatamos também que a dimensão operativa conhecimento do papel, é avaliada em mais da metade das famílias. A saturação do papel surge como a segunda dimensão operativa mais avaliada dessa etapa, integrando 78,85% (41) das famílias. O consenso do papel e conflito do papel são igualmente avaliados em 76,92% (40) das famílias pertencentes a esta etapa. Finalmente, a avaliação dos comportamentos de adesão é verificada em 63,30% (35) das famílias.

Sumariamente, podemos verificar que o maior percentual de avaliação na área de atenção do papel parental incidiu na II etapa do ciclo de vida familiar, o que converge com a etapa do ciclo de vida familiar mais prevalente nas famílias avaliadas.

2.6. Síntese dos resultados

Com os resultados que obtivemos oriundos da avaliação familiar na dimensão Desenvolvimento que integra o MDAIF, podemos verificar que a II etapa do ciclo de vida familiar é predominante no contexto em estudo (42,03%), denominada de família com filhos pequenos e subdividida por Figueiredo (2012) de recém-nascido e de recém-nascido à infância escolar. A avaliação deste aspeto é fundamental, por possibilitar o entendimento do percurso evolutivo da família e a prestação de cuidados promotores de saúde, considerando as particularidades inerentes em cada etapa.

A satisfação conjugal apresentou uma taxa de avaliação de 11,47%, sendo esta uma área crucial na funcionalidade do sistema familiar que se centra nos processos de conjugalidade que se transformam ao longo da vida e se relacionam com a continuidade de uma relação satisfatória e

apoiente nas suas múltiplas faces (Figueiredo, 2012). Os resultados sugerem que esta avaliação indica quer a importância dada pelo profissional a respeito disso, quer as dificuldades apresentadas em determinada abordagem aos itens descritos no MDAIF para tal avaliação, nomeadamente nas questões relacionadas com sexualidade.

Vimos também que a área do planeamento familiar apresentou a maior taxa de avaliação na dimensão operativa do conhecimento do casal sobre reprodução (12,23%), área possibilitando assim, a maximização da capacidade reprodutiva dos membros do casal conforme as suas motivações e objetos delineados (Figueiredo, 2012).

A adaptação à gravidez apresentou a maior taxa de avaliação na dimensão operativa da comunicação, com 39,47%, cuja avaliação inclui aspetos que abordam a partilha do casal sobre os receios e expectativas associados a esta fase e também à parentalidade.

1.3. DIMENSÃO FUNCIONAL

1.3.1. Papel de Prestador de Cuidados

Impulsionada pelas alterações sociodemográficas ocorridas nos últimos anos devido ao aumento da esperança média de vida, níveis elevados de dependência na realização das atividades de vida diárias, entre outras, a família torna-se o agente do autocuidado cada vez mais prevalente, mediante a necessidade de respostas ao membro dependente. Nesta perspetiva, a identificação da pessoa que é responsável pela prestação de cuidados bem como avaliação do seu papel, considerando pois, a família enquanto unidade dinâmica e funcional, é fundamental na avaliação familiar (Figueiredo, 2012).

Os dados revelam que o concelho de VFC apresenta uma total de 36 famílias com membros dependentes, no universo das 3498 famílias inscritas na plataforma do PEF no período em análise. O quadro 11, expressa as taxas de avaliação obtidas pelas enfermeiras de família referente ao papel de prestador de cuidados de acordo com a matriz do MDAIF:

Quadro 11- Taxas de avaliação em papel de prestador de cuidados na dimensão operativa do conhecimento do papel

Dimensão operativa • Conhecimento do papel	Taxa de avaliação
Higiene	30,50%
Vestuário	33,00%
Comer	30,50%
Beber	27,80%
Ir ao sanitário	27,80%
Comportamento sono-reposo	41,70%
Atividade recreativa	55,50%
Atividade física	19,40%
Gestão do regime terapêutico	52,80%
Autovigilância	22,20%
Autoadministração de medicamentos	30,50%

Verifica-se que a taxa de avaliação mais elevada (55,50%) situa-se no conhecimento sobre as atividades recreativas, sendo a gestão do regime terapêutico a segunda maior taxa de avaliação (52,80%) da área de atenção em apreço.

Em terceiro lugar surge o conhecimento acerca do autocuidado comportamento sono-reposo com 41,70%.

Verifica-se que 33% das famílias com membro dependente foi avaliada no conhecimento do papel sobre o autocuidado vestuário.

A avaliação do conhecimento do papel no autocuidado higiene, comer e auto administração de medicamentos, foi realizada em 30,50% das famílias.

Na área do conhecimento do papel no autocuidado beber e ir ao sanitário verifica-se uma taxa de avaliação de 27,80%.

A taxa de avaliação de 22,20%, é verificada no conhecimento do prestador de cuidados sobre autovigilância.

Relativamente à avaliação conhecimento do papel referente ao autocuidado atividade física, verifica-se uma taxa de avaliação de 19,40%.

Atribuimos o resultado da maior taxa de avaliação na atividade recreativa (55,50%) à necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, de avaliarem e fomentarem estilos de vida saudáveis, tão evidente nas políticas de saúde relacionadas com o envelhecimento saudável preconizadas pela WHO (2002).

Ainda sob a ótica do conhecimento do papel de PC, cujos eixos principais de avaliação para as devidas intervenções estão contemplados na matriz operativa do MDAIF, Pimentel (2008) refere que as famílias mostram uma capacidade de regeneração, plasticidade e criatividade exemplares, com respostas adequadas face a situações de grande vulnerabilidade. Esta asserção nos leva a concluir que esta característica familiar poderá facilitar o desenvolvimento de cuidados à família enquanto unidade, no que respeita a obtenção de repostas positivas mais céleres no processo de empoderamento familiar.

1.3.2. Processo Familiar

Relativamente aos resultados obtidos no âmbito do Processo Familiar, que integra as dimensões operativas ilustrativas do padrão transacional estabelecido na família (Figueiredo, 2012), verifica-se pelo quadro 12 que a interação de papéis surge com a taxa de avaliação mais elevada (2,92%), comparada com as restantes dimensões operativas:

Quadro 12- Representação da frequência absoluta dos dados de avaliação em processo familiar e respetiva taxas de avaliação, por dimensão operativa

Dimensão operativa	Nº mín. de famílias avaliadas	Taxa de avaliação
• Comunicação familiar	92	2,63%
• Coping familiar	83	2,37%
• Papéis familiares	102	2,92%
• Relação dinâmica	20	0,57%
• Crenças	52	1,49%

Para avaliar esta interação a mesma autora considera que os papéis familiares mais relevantes, para além do papel parental e papel de prestador de cuidados, já referenciados, são o papel de provedor, de gestão financeira, de cuidado doméstico, o papel recreativo e o papel de parente, cujo

padrão de interação familiar, é refletido na organização desses papéis face às exigências funcionais do sistema familiar.

A comunicação familiar surge com a segunda maior taxa de avaliação com 2,63%. Figueiredo (2012) destaca que a comunicação qualifica o sistema familiar, de modo que a natureza da sua expressão emocional influencia o estabelecimento de um padrão interacional funcional. A matriz operativa do MDAIF integra como categorias avaliativas a comunicação emocional, verbal/não verbal e a comunicação circular.

Verifica-se que o coping familiar foi avaliado em 2,37% das famílias. Considerando os fatores que condicionam o sistema familiar na tomada de decisões, tais como a capacidade da família em resolver problemas anteriores bem como as experiências de sucesso, a avaliação do coping familiar permitirá identificar com a família os seus padrões de solução de problemas (Figueiredo 2009; 2012).

A taxa de avaliação das crenças foi de 1,49%, contabilizando um total de 52 famílias avaliadas. Figueiredo (2012) estabeleceu para avaliação desse apeto, um conjunto de categorias de crenças que considerou como mais impactante nos padrões transacionais da família, incluindo a crença de saúde, a religiosa, a espiritual, a crença em valores, a crença cultural e a crença da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde.

Com a taxa de avaliação mais baixa surge a dimensão operativa relação dinâmica com 0,57% (20).

Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizados nesta dimensão, tais como as escalas de Faces II, a de readaptação social de Holmes e Rahe e o APGAR de Smilkstein, um estudo realizado por Castro (2013) no âmbito do projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários (ESEP, 2013), relativo às competências na utilização do modelo em estudo, constatou que os enfermeiros demonstraram uma autoperceção negativa na utilização desses instrumentos e que mesmo após a formação recebida, ainda demonstraram dificuldades. Inclusive, a autora referida, destacou que os enfermeiros tiveram mais facilidade em utilizar o genograma, instrumento que também é utilizado no MDAIF. Parece-nos que a dificuldade em aplicar tais instrumentos de avaliação poderá justificar a diminuta taxa de avaliação da dimensão em apreço, associada aos constrangimentos informáticos já referidos no capítulo anterior.

Acresce-se a essas considerações, que o Relatório do Projeto Enfermeiro de Família (USI/CSVFC, 2012a), referiu que as enfermeiras do PEF também atribuíram a dificuldade de avaliação familiar e conseqüentemente aplicação das escalas, devido a participação diminuta de todo

o agregado familiar na consulta de enfermagem, pois o horário do serviço muitas vezes, é incompatível com a disponibilidade temporal de todos os membros.

A respeito disso, importa destacar que Figueiredo (2012) enuncia como III princípio do MDAIF que “para uma avaliação eficaz deve ser estimulada a participação da família, com a presença do maior número de elementos, realçando-se a importância do conhecimento da percepção de todos os membros quanto ao funcionamento da família”. (p. 71).

1.3.3. Síntese dos resultados

A avaliação da dimensão funcional de forma integrativa possibilita a obtenção de dados importantes no que respeita à averiguação dos cuidados de saúde prestados pela família ao membro dependente bem como para a compreensão das relações entre os subsistemas familiares existentes, de modo a permitir uma leitura sobre a qualidade dessas relações, o que é fundamental quando se considera a unidade familiar como alvo dos cuidados.

Com os resultados obtidos vimos que o conhecimento do papel sobre a atividade recreativa apresentou a maior taxa de avaliação (55,50%), sendo a menor refletida na atividade física (19,40%). No que respeita às relações entre os membros da família, a dimensão operativa “papéis familiares” foi a mais avaliada e a “relação dinâmica” foi a menor, o que significa que dados importantes para o conhecimento das enfermeiras de família sobre a qualidade da relação entre os subsistemas existentes, não obtiveram uma extração mais expressiva.

2. IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DAS FAMÍLIAS EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM

2.1 DIMENSÃO ESTRUTURAL

Em continuidade às taxas de avaliação cujos resultados foram apresentados anteriormente, procede-se às taxas de prevalência diagnóstica, que foram construídas à partir dos diagnósticos de enfermagem enunciados nas respetivas áreas de atenção do MDAIF (Figueiredo, 2012).

2.1.1. Rendimento familiar insuficiente

Foram enunciados 49 diagnósticos de enfermagem com rendimento familiar insuficiente no universo de 144 famílias, o que gera uma taxa de prevalência de 34,03%.

Para se enunciar este diagnóstico de enfermagem, Figueiredo (2012) define como critérios que a origem do rendimento familiar, avaliada através da escala de Graffar adaptada, deve situar-se no grau 4 ou 5, a família não deve apresentar conhecimento sobre gestão do seu rendimento de acordo com as suas despesas. Isto significa que as famílias com este diagnóstico apresentaram estes critérios, gerando uma taxa de prevalência preocupante, pois sabe-se que os efeitos das dificuldades económicas na saúde das famílias se fazem presentes. A respeito disto, o Relatório Primavera 2013, destacou o aumento da dificuldade no acesso aos medicamentos pelas famílias portuguesas. Associada a isto, está a diminuição do acesso aos cuidados de saúde, provocado tanto pela insuficiência económica individual familiar, quanto pela diminuição da oferta dos serviços de saúde à população cada vez mais necessitada (OPSS, 2013).

2.1.2. Edifício residencial negligenciado

Verifica-se uma taxa de prevalência de 10,06% (16) de famílias, que preencheram os critérios diagnósticos previstos no MDAIF (Figueiredo, 2012). De acordo com a referida autora, os critérios para esta enunciação diagnóstica incluem, higiene da habitação não presente, e conhecimento sobre o governo da casa Não demonstrado, e/ou, conhecimento sobre os riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado.

No caso em análise, os domicílios de 4 famílias não apresentaram condições satisfatórias de higiene.

2.1.3. Precaução de segurança não demonstrada

No que se refere ao diagnóstico de precaução de segurança não demonstrada, a maior necessidade de cuidados de enfermagem foi identificada na dimensão operativa “barreiras arquitetônicas”. A taxa de prevalência do diagnóstico de enfermagem em análise é de 23,92% (50).

De acordo com o MDAIF, para se enunciar o diagnóstico de precaução de segurança não demonstrada, as famílias devem apresentar conhecimento não demonstrado em uma das três dimensões operativas que integram a avaliação da área de atenção precaução de segurança (Aquecimento, aquecimento a gás e barreiras arquitetônicas), quando no domicílio dessas famílias estiverem presentes esses equipamentos/obstáculos (Figueiredo, 2012).

2.1.4. Abastecimento de água não adequado

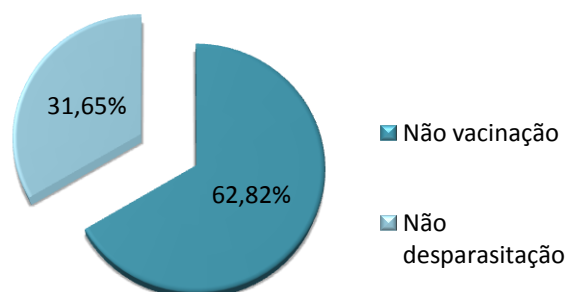
Sobre o diagnóstico de abastecimento de água não adequado, verificou-se uma taxa de prevalência de 0,00% (0), visto que das 209 famílias avaliadas, nenhuma apresentou os critérios que definem tal enunciação diagnóstica, que são: utilização da água de rede privada para consumo humano e a família Não efetua o controle de qualidade e/ou conhecimento Não demonstrado sobre controle da qualidade e/ou conhecimento Não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água (Figueiredo, 2012).

E mesmo considerando as famílias que utilizam água da rede privada para consumo (22), não se identificou conhecimento Não demonstrado sobre o controle da qualidade da água.

2.1.5. Animal doméstico negligenciado

Neste domínio, a taxa de prevalência foi calculada considerando as condições de não vacinação e não desparasitação do animal doméstico, como verificadas no gráfico 6:

Gráfico 6- Taxa de prevalência em animal doméstico negligenciado, por não vacinação e não desparasitação



De acordo com o MDAIF (Figueiredo, 2012), para se enunciar este diagnóstico o animal não deve estar vacinado e/ou a família não deve apresentar conhecimento sobre vacinação animal e/ou sobre serviços da comunidade; se o animal não estiver desparasitado e a família não apresentar conhecimento sobre desparasitação do animal e/ou sobre serviços da comunidade (Figueiredo, 2012).

Verifica-se pois, que 31,65% (25) das famílias avaliadas em animal doméstico não desparasitaram o seu animal, ocorrendo em maior valor a presença de famílias com animal não vacinado, 62,82% (49).

Do ponto de vista legislativo, de acordo com o Decreto-Lei 91/2001 de 23 de março (Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas) a falta de vacinação anti-rábica válida do animal doméstico, devidamente certificada no boletim vacinal, constitui uma contra-ordenação passível de coima. O Decreto mencionado refere ainda, entre outras, que compete às câmaras municipais, através dos médicos veterinários municipais, a execução das medidas de profilaxia médica e sanitária preconizadas.

Salientamos que durante as discussões nos estudos de casos com as enfermeiras de família do contexto, foi referido por algumas delas, que a justificação da família face ao animal doméstico não vacinado acontecia pelas dificuldades económicas. Considerando os animais que não se encontram com vacinação e desparasitação atualizados, considerando as taxas de prevalência apresentadas, podemos dizer que estamos perante uma situação preocupante, devido ao risco à saúde pública que estes animais podem acarretar.

Até porque, ao analisarmos sob a perspetiva da família que refere dificuldades económicas para atualizar a situação sanitária do seu animal doméstico, teremos um obstáculo a ultrapassar e principalmente quando as perspetivas de melhoria da situação económica da população portuguesa,

não são vislumbradas e as projeções feitas pelo Ministério das Finanças (2012), prevê a contração da economia a aumento da taxa de desemprego (16,4%) em 2013, situação já sentida pela população.

2.2. DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO

2.2.1. Satisfação conjugal não mantida

Esta prevalência diagnóstica foi refletida em 36,36% (48) das famílias.

Incluída nos fatores que influenciam a satisfação conjugal, tais como o nível socioeconômico, nível de escolaridade, experiência sexual anterior, entre outros (Figueiredo, 2009), a divisão das tarefas domésticas foi um dos itens no âmbito do MDAIF, que foi mais avaliado. Verificou-se assim, a não satisfação sobre a divisão e partilha das tarefas domésticas mencionada por 14 casais (ou cônjuge) avaliados em relação dinâmica.

O relacionamento conjugal está associado à saúde e qualidade de vida (Norgren, Souza, Kaslow, Hammersmidt, & Sharlin, 2004). Por outro lado, a não satisfação conjugal, que poderá culminar em divórcio, traz consequências para a saúde física e psíquica. A respeito disso e conjugando com os nossos resultados neste estudo, Comin & Santos (2010) referem que para as mulheres, a divisão do trabalho doméstico, é apontada como uma das causas de insatisfação, por se sentirem sobrecarregadas de tarefas quando comparada com a participação do companheiro.

De acordo com o MDAIF os critérios definidos para a enunciação do referido diagnóstico inclui uma relação dinâmica disfuncional e/ou comunicação não eficaz e/ou interação sexual não adequada e/ou relação sexual comprometida (Figueiredo, 2012).

2.2.2 Planeamento familiar não eficaz

Este diagnóstico obteve uma taxa de prevalência de 51,92% (54), cuja dimensão operativa “fertilidade” obteve o maior número de famílias avaliadas.

No âmbito do MDAIF, os critérios diagnósticos definidos por Figueiredo (2012) para esta enunciação são:

se o casal planeia ter filhos/mais filhos e não tem uso de contraceptivo: “fertilidade comprometida” e/ou “conhecimento sobre Reprodução Não Demonstrada” e/ou conhecimento sobre vigilância pré-concepcional não demonstrado. - Se o casal tem uso de contraceptivo e “uso de contraceptivo não adequado” e/ou conhecimento sobre reprodução não demonstrado. (p. 145).

Sendo assim, constatou-se que 31 casais (ou cônjuge) apresentaram fertilidade comprometida, subdiagnóstico que corroborou a enunciação do diagnóstico da área de atenção em análise.

2.2.3. Adaptação à gravidez não adequada

Verifica-se uma taxa de prevalência diagnóstica de 50% (12), identificada no conjunto de 24 famílias que apresentam subsistema conjugal e gravidez.

O período da gravidez implica a adaptação às mudanças físicas e a redefinição dos papéis do casal na estrutura familiar. Os recursos familiares internos e externos são fundamentais para determinar tal adaptação, sendo necessário que a família esteja capacitada para mobilizá-los no sentido de se adaptar ao novo estado (Figueiredo, 2009; Meleis, 2000). Como tal, a vigilância de saúde na gravidez, é um dos mecanismos existentes e normalizado pelo Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar (DGS, 2008), pois este programa tem como objetivos preparar o casal para a maternidade e a paternidade responsáveis e melhorar a saúde e o bem-estar das famílias e dos seus membros, entre outros.

Os critérios diagnósticos para a enunciação do diagnóstico de adaptação à gravidez não adequada inclui a resposta negativa a qualquer item dos dados de caracterização no domínio do conhecimento, e/ou da comunicação e/ou dos comportamentos de adesão (Figueiredo, 2012).

Como exemplos desses itens destacamos na área do conhecimento do casal sobre as alterações fisiológicas na gravidez, sobre a vigilância de saúde na gravidez, sobre a prevenção de acidentes do recém-nascido, entre outros. A respeito da comunicação, a avaliação procura identificar necessidades do casal na partilha sobre os receios e expectativas associadas à gravidez, se existe apoio mútuo entre o casal nas tarefas desenvolvimentais. Quanto aos comportamentos de adesão, estão contempladas questões referentes à assiduidade do casal nas consultas de saúde materna/obstetrícia, sobre a preparação do enxoval da mãe e do bebé pelo casal, entre outros.

2.2.4. Papel parental não adequado

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem enunciados na área de atenção do Papel Parental, os resultados serão apresentados de acordo com as etapas do ciclo de vida familiar, considerando os critérios descritos no capítulo da metodologia.

De acordo com Figueiredo (2012), os critérios diagnósticos para esta enunciação são: “conhecimento do papel não demonstrado e/ou adaptação da família à escola não eficaz e/ou comportamentos de adesão não demonstrado e/ou consenso do papel não e/ou conflitos do papel sim e/ou saturação do papel sim” (p. 151).

- II etapa do ciclo de vida familiar- Família com filhos pequenos - recém-nascido/ recém-nascido à infância escolar

Nesta etapa, o conhecimento do papel parental não demonstrado esteve presente em 55 famílias; ausência do consenso de papel em 2 famílias e em igual número, o conflito do papel. A saturação do papel foi documentada em 4 famílias.

- III etapa do ciclo de vida familiar- Família com filhos na escola

O conhecimento do papel não demonstrado foi documentado em 137 famílias, sendo os comportamentos de adesão não demonstrados registados em 38 famílias; a ausência de consenso do papel revelou-se em 2 famílias; o conflito do papel em 8 e a saturação do papel em 11 famílias. No que diz respeito ao papel parental não adequado pela adaptação da família à escola não eficaz, dimensão específica desta etapa, verificou-se um total de 2 famílias.

- IV etapa do ciclo de vida familiar- Família com filhos adolescentes

Foram registadas 38 famílias com comportamentos de adesão não demonstrados; a ausência de consenso do papel expressou-se em 6 famílias; o conflito do papel em 8 famílias e a saturação do papel esteve presente em 11 famílias.

- V etapa do ciclo de vida familiar- Família com filhos adultos

Verificou-se 137 registos de conhecimento do papel não demonstrado. A ausência de consenso do papel foi identificada em 6 famílias; o conflito e saturação do papel em 8 e 11 famílias respetivamente.

Ao analisarmos os dados acima descritos, verificamos o maior quantitativo de famílias (137) com necessidades em cuidados de enfermagem por apresentar “papel parental não adequado por conhecimento do papel não demonstrado”, especificamente nas II, III e V etapas do ciclo de vida familiar. A seguir, “o papel parental não adequado por não adesão de comportamento” em 38 famílias pertencentes às III e IV etapas do ciclo de vida. Podemos verificar ainda, 11 famílias apresentando “saturação” no papel parental referentes às III, IV e V etapas do ciclo vital. Estes dados sugerem a necessidade de intervenção do enfermeiro de família no sentido de procurar capacitar e identificar também as forças do sistema familiar para melhorar as respostas no desempenho do papel parental.

Relativamente à saturação do papel, muitas vezes associada à carga física e emocional, esta relaciona-se com a falta de recursos de tempo ou mesmo de energia, para executar eficazmente as

tarefas inerentes ao (s) membro (s) da família (s). Mediante tal situação, a família deve ser alvo de uma reestruturação com o objetivo de otimizar o seu funcionamento. Figueiredo (2009) destaca a importância de se compreender com profundidade a história de desenvolvimento familiar e as expectativas individuais sobre a parentalidade e dessa forma, desenvolver estratégias que conduzam a uma funcionalidade efetiva da família.

2.3. DIMENSÃO FUNCIONAL

2.3.1 Papel de prestador de cuidados não adequado

A taxa de prevalência foi de 88,00% (22) devido ao conhecimento do papel não demonstrado com maior número de famílias avaliadas na dimensão operativa do conhecimento acerca do “autocuidado comer”, mas especificamente sobre o padrão alimentar adequado.

Ainda na dimensão operativa do conhecimento do papel, as áreas do autocuidado higiene e gestão do regime terapêutico tiveram em igual número, 25 famílias avaliadas, também apresentaram maior necessidade em cuidados de enfermagem, apresentando dessa forma, uma taxa de prevalência em conhecimento do papel não demonstrado nas referidas áreas de 12,00% (3) e 4,00% (1), respetivamente.

Obtivemos ainda famílias com necessidades em cuidados de enfermagem direcionadas para as áreas do autocuidado higiene (6), mais especificamente relativa ao conhecimento do PC sobre a técnica de lavagem dos dentes; autocuidado vestuário (3) e beber (3), sendo estas devido ao conhecimento não demonstrado no que respeita à estimulação da independência do membro dependente. Relativamente ao autocuidado gestão do regime terapêutico (7) e sobre o conhecimento do PC na aprendizagem de habilidades de autoadministração dos medicamentos (4), também verificou-se necessidade em cuidados de enfermagem aos PC.

Os critérios diagnósticos definidos no MDAIF (Figueiredo, 2012) para a enunciação de papel de prestador de cuidados não adequado reportam-se ao conhecimento do papel Não demonstrado e/ou comportamentos de adesão Não demonstrado e/ou consenso do papel Não e/ou conflitos do papel Sim e/ou saturação do papel Sim.

Sendo assim, a identificação das necessidades do PC é crucial, uma vez que o conhecimento do papel, que foi a dimensão operativa avaliada neste estudo, refere-se à aprendizagem intelectual e prática que possibilita ao PC (membro (s) da família) executar eficazmente as tarefas ao membro dependente, acautelando as particularidades da família (Figueiredo, 2012).

2.3.2. Processo familiar disfuncional

Considerando o total de diagnósticos com juízo negativo referentes ao processo familiar, o maior número de famílias avaliadas, foi na dimensão operativa da comunicação familiar (114), sendo a taxa de prevalência do processo familiar disfuncional de 31,58% (36). O item avaliativo que sobressaiu relacionou-se com a não satisfação dos membros da família ao modo de expressão dos sentimentos, que integra a comunicação emocional de acordo com a matriz operativa do MDAIF (Figueiredo, 2012).

Salienta-se que a dimensão dos papéis familiares também obteve um número significativo de famílias avaliadas (106) e que apresenta necessidade em cuidados de enfermagem, sendo o consenso de papel de cuidado doméstico não estabelecido em 3,77% (4) dessas famílias.

O MDAIF (Figueiredo, 2012) define que os critérios para enunciação desse diagnóstico de enfermagem, integram uma comunicação familiar Não eficaz entre os membros da família e/ou, coping familiar Não eficaz e/ou, interação de papéis Não eficaz e/ou relação dinâmica disfuncional.

Articulando os resultados do processo familiar com a satisfação conjugal avaliada neste estudo, verificou-se que a comunicação (embora não tenha representado o maior número de famílias com necessidades em cuidados de enfermagem nesta dimensão operativa), também foi um item que apresentou resultados de não satisfação no padrão de comunicação (17 casais).

Nesta perspetiva, Figueiredo (2009) refere que é a partir da comunicação que a família constrói e organiza a sua relação e Alarcão (2002) alerta para a importância do padrão comunicacional, no sentido de se compreender a estrutura dos processos de comunicação, uma vez que esta é a matriz de base das interações entre os elementos do sistema.

2.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS

A identificação das necessidades das famílias em cuidados de enfermagem é fundamental para justificar as ações que devem ser delineadas pelos enfermeiros no sentido de contribuir para a melhoria da saúde familiar atuando nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária).

Os resultados obtidos para a identificação das necessidades das famílias em cuidados de enfermagem neste estudo, apontam o rendimento familiar insuficiente (34,03%) como o maior problema da dimensão estrutural nas famílias de VFC. Também nos deparamos com o diagnóstico de animal doméstico negligenciado em 62,82% das famílias com animais por vacinar e com 31,65% sem cumprir o esquema de desparasitação.

No que respeita a dimensão desenvolvimento, o planeamento familiar não eficaz emergiu em 51,92% das famílias e mostrou-se como o problema mais prevalente nesta dimensão. Resultado

também relevante, foi o papel parental não adequado por conhecimento não demonstrado documentado em 137 famílias, mais especificamente, pertencentes à III etapa do ciclo vital.

Relativamente à dimensão funcional, sobressaiu o papel de prestador de cuidados não adequado por conhecimento do papel não demonstrado no autocuidado comer, em 88% das famílias avaliadas.

Ao refletirmos sobre estes resultados, parecem poder traduzir as dificuldades económicas vivenciadas na atualidade, principalmente quando nos reportamos à dimensão estrutural. Isto indubitavelmente se reflete tanto nas famílias *per si* quanto na própria organização dos serviços de saúde face à escassez dos recursos, que gera dificuldades em suprir adequadamente as necessidades de saúde das populações (Barbosa, 2009).

No entanto, o enfermeiro de família ao considerar todos esses aspetos deve mobilizar com a família outros recursos que maximizem o seu potencial de saúde, inclusive estabelecer parcerias com agentes da comunidade no sentido de melhorar a acessibilidade das famílias aos equipamentos que favoreçam a sua saúde.

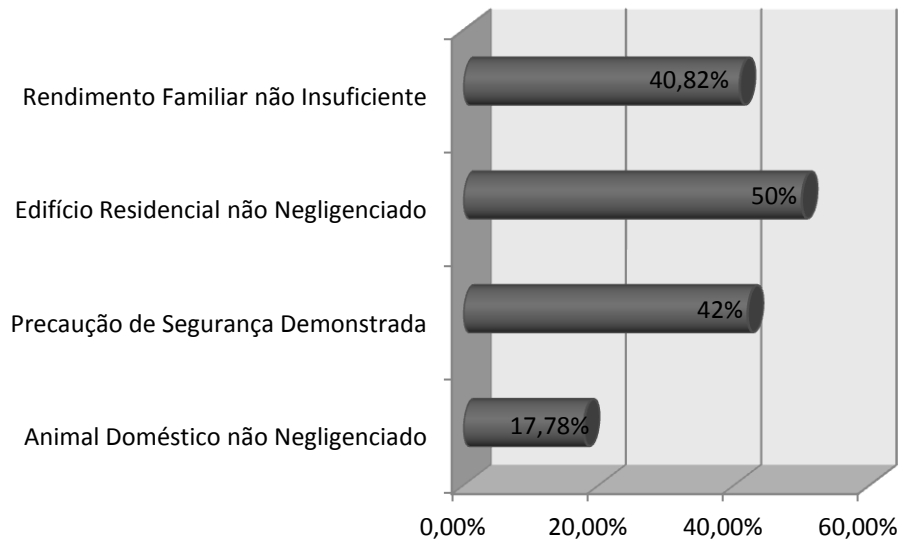
3. GANHOS EM SAÚDE PRODUZIDOS PELA IMPLEMENTAÇÃO DO MDAIF

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados que traduzem os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, produzidos pela implementação do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no contexto em estudo.

3.1. DIMENSÃO ESTRUTURAL

Verifica-se no gráfico 7 que o maior impacto as intervenções de enfermagem, refletiu-se em ganhos relativos ao **Edifício Residencial Não Negligenciado**, em 50% (8) das famílias:

Gráfico 7- Representação dos ganhos em saúde na Dimensão Estrutural



As intervenções previstas pelo MDAIF para fazer face ao diagnóstico de edifício residencial negligenciado e levar à produção de ganhos em saúde, reportam-se, entre outras, em requerer e/ou orientar as famílias para serviços sociais, ensinar sobre os riscos de uma habitação com higiene deficiente, promover e/ou reforçar o governo da casa, motivar a família para o governo da casa.

Acerca do governo da casa, interessa explicar que de acordo com Figueiredo (2012), o mesmo corresponde à competência cognitiva para a efetivação de comportamentos promotores da gestão habitacional e tarefas que se associem à limpeza e organização, reunindo dessa forma, os elementos necessários para tal.

Salienta-se que a Santa Casa da Misericórdia do Concelho de VFC, possui agentes sociais que trabalham em parceria com o CSVFC. Isto significa que esses profissionais trabalham em complementaridade com os enfermeiros, no que respeita a orientar as famílias no governo da casa.

Também as intervenções de enfermagem foram eficazes em 42% (21) das famílias que passaram a ter **Precaução de Segurança Demonstrada**, o que significa que as famílias que expressaram necessidades nesta área, passaram a demonstrar conhecimento sobre a utilização de equipamento para aquecimento, sobre utilização de equipamento de gás e conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas. Por sua vez, as intervenções de enfermagem reportam-se em ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento e utilização de equipamento de gás; negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento e utilização de

equipamento de gás. Direcionam-se também para motivar a família para estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas e orientar para serviços na comunidade.

Verificou-se que as famílias apresentavam necessidades de orientações acerca da utilização do equipamento para aquecimento, precisamente sobre aquecedores elétricos, que inclui dotá-las de conhecimento sobre utilização do equipamento, tais como verificação da segurança do local dos mesmos, cujos cabos elétricos devem estar distantes de fontes de calor; sobre manter a circulação de ar ambiente para evitar-se o risco de hipoxia devido à queima do oxigênio provocada pelo equipamento, entre outros (Galp energia, sd).

O Rendimento Familiar Não Insuficiente expressou-se em 40,82% (20) das famílias alvo de intervenção.

No âmbito do MDAIF, as intervenções sugeridas consubstanciam-se em requerer e orientar as famílias para os serviços sociais e promover *empowerment* à família sobre a gestão adequada do rendimento familiar (Figueiredo, 2012). Nesta perspetiva, o enfermeiro de família no âmbito das suas competências promove o conhecimento e capacita a família a gerir seus rendimentos de acordo com suas despesas em prol da satisfação das necessidades básicas dos membros das famílias.

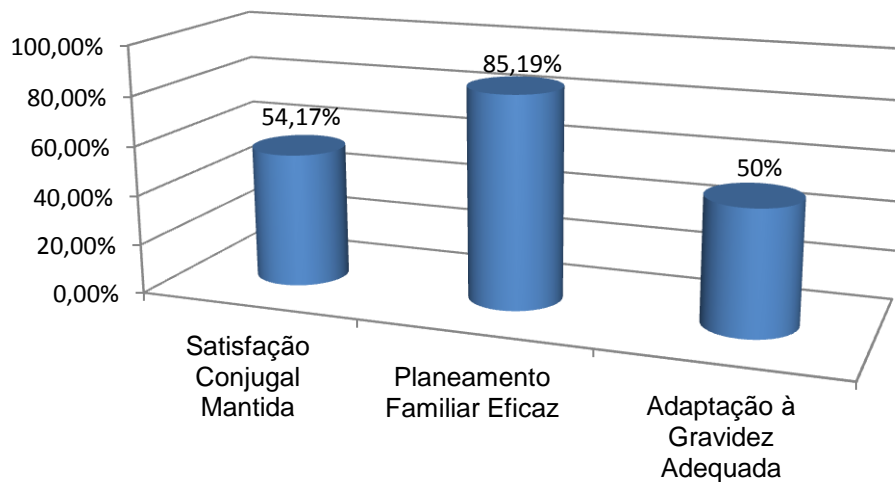
Em contrapartida, a menor expressão de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem na dimensão avaliada, expressou-se na produção do resultado de **Animal Doméstico Não Negligenciado** em 17,78% (8).

No âmbito do MDAIF, a contribuição que os enfermeiros podem dar às famílias com diagnóstico de animal doméstico negligenciado, integram intervenções que passam por ensinar às famílias sobre vacinação (de acordo com o Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses) e desparasitação do animal doméstico, orientação para os serviços da comunidade, além de motivar a família para o cumprimento desses atos e supervisionar a vacinação animal (Figueiredo, 2012).

3.2. DIMENSÃO DESENVOLVIMENTO

Observando o gráfico 8, verifica-se que a maior produção dos ganhos em saúde da dimensão desenvolvimento, deu-se no **Planeamento Familiar Eficaz** representado em 85,19% (46) das famílias alvo de intervenções.

Gráfico 8- Representação dos ganhos em saúde documentados na Dimensão Desenvolvimento em satisfação conjugal mantida, planeamento familiar eficaz e adaptação à gravidez adequada



As intervenções sugeridas pelo MDAIF que norteiam a atuação do enfermeiro de família para promover uma mudança positiva do *status* diagnóstico, vão ao encontro das necessidades identificadas em cada dimensão operativa avaliada, apresentando como exemplos (Figueiredo, 2012):

- ensinar o casal sobre métodos contraceptivos;
- ensinar e instruir o casal sobre contraceção de emergência;
- orientar antecipadamente sobre o uso de contraceptivo de emergência;
- ensinar, instruir e treinar do casal sobre o uso de contraceptivo adotado;
- motivar para o uso do contraceptivo;
- providenciar contraceptivo;
- providenciar material de leitura;
- informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional;
- Ensinar o casal sobre aspetos psicológicos, familiares e sociais da gravidez;
- Ensinar o casal sobre o ciclo sexual da mulher. Inclui também a orientação do casal para serviços médicos, entre outras. (p. 146)

Seguidamente verificou-se a produção da **Satisfação Conjugal Mantida** em 54,17% (26) das famílias avaliadas. Isto significa que o trabalho efetuado pelas enfermeiras de família, considerando sobretudo a qualidade da relação enfermeiro-família, com base nas intervenções sugeridas pelo MDAIF, revelou-se eficaz em mais da metade das famílias avaliadas.

Por sua vez, destacamos alguns exemplos das intervenções propostas na matriz operativa do MDAIF, tais como: promover no casal a comunicação expressiva das emoções, planear rituais familiares, motivar o casal para atividades em conjunto. Dentre outras, no âmbito das suas competências e caso se justifique, o enfermeiro também deve orientar para serviços médicos, para terapia familiar e serviços de psicologia (Figueiredo, 2012).

A **Adaptação à Gravidez Adequada** emerge em 50% (6) das famílias com subsistema casal e gravidez.

As intervenções que norteiam o trabalho das enfermeiras de família sugeridas no âmbito do MDAIF reportam-se entre outras, a informar o casal sobre direitos sociais na gravidez; ensinar sobre as etapas de adaptação à gravidez; informar/orientar sobre o curso de preparação para o parto; ensinar o casal sobre o desenvolvimento fetal; sobre o processo psicológico associado ao puerpério; facilitar suporte familiar; promover a comunicação expressiva das emoções (Figueiredo, 2012).

No que se refere ao papel parental, o quadro 13 representa os ganhos em saúde sensíveis às intervenções dos enfermeiros relativamente à dimensão operativa do conhecimento do papel.

Quadro 13- Percentual de famílias com ganhos em saúde documentados em papel parental adequado

Etapa ciclo vital		Família com filhos na escola III (infância escolar à adolescência)	Família com filhos adolescentes IV	Família com filhos adultos V
Papel Parental Adequado por...	Conhecimento do papel demonstrado	59,12%		59,12%
	Comportamentos de adesão demonstrados	73,68%	10,53%	
	Consenso do papel Sim	66,67%		
	Conflito Não	100%		
	Saturação Não	81,82%		

Verifica-se que as famílias classificadas na III etapa do ciclo de vida familiar e que foram alvo das intervenções das enfermeiras de família foram beneficiadas com ganhos em saúde nas quatro dimensões operativas descritas no MDAIF. A maior expressão, refletiu-se na enunciação diagnóstica de “papel parental adequado por conflito não” (100%; 8); de seguida verifica-se o “papel parental adequado por saturação não”(81,82%; 9); os “comportamentos de adesão” são demonstrados em 73,68% das famílias; o “consenso do papel” verificado em 66,67% (4); e por fim, verifica-se com 59,12% (81), o “conhecimento do papel demonstrado”.

Seguidamente constata-se um percentual de ganhos de 59,12 (81) na V etapa do ciclo de vida familiar, família com filhos adultos. A IV etapa do ciclo de vida familiar, apresenta 10,53% (4) das famílias com ganhos em saúde pela verificação de “comportamentos de adesão demonstrados”.

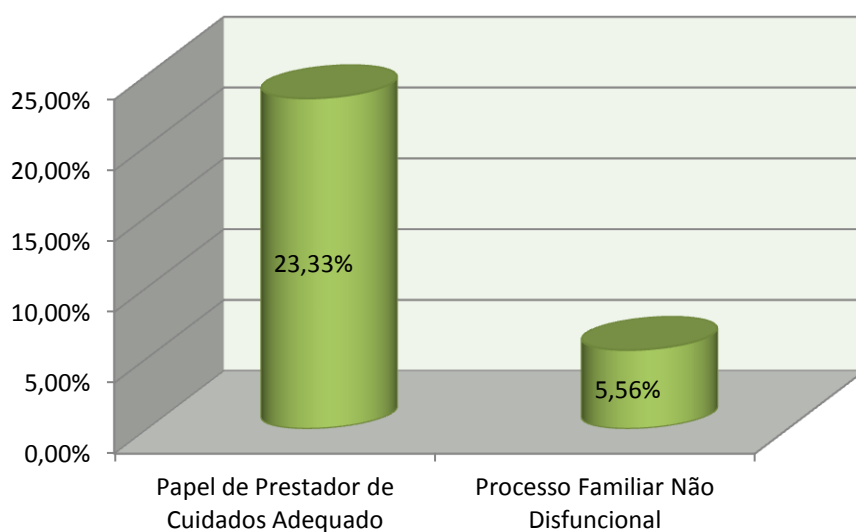
Dentre as intervenções que integram a matriz operativa do MDAIF visando o desempenho efetivo no âmbito do papel parental, ajustadas às etapas do ciclo de vida familiar em análise, citamos alguns exemplos: ensinar/instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança; sobre técnica de

lavagem dos dentes; promover/advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários; motivar os pais para a participação nas reuniões e atividades de estudo da criança; promover a comunicação expressiva das emoções; avaliar as dimensões conflituais; motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família, negociar a redefinição das tarefas parentais e papéis pelos membros da família; promover envolvimento da família alargada (Figueiredo, 2012).

3.3. DIMENSÃO FUNCIONAL

Verifica-se no gráfico 9, no que diz respeito à produção dos ganhos em saúde nesta dimensão, que o **Papel de Prestador de Cuidados Adequado** correspondeu a 23,33% (7) das famílias intervencionadas.

Gráfico 9- Representação das famílias com ganhos em saúde documentados na Dimensão Funcional



Por conseguinte, as intervenções sugeridas para fazer face ao papel de prestador de cuidados não adequado em prol de um ajuste eficaz na família, englobam o treino, o ensino, o planeamento, a advocacia pelas atividades de lazer do membro dependente por exemplo, entre outras, em cada área do conhecimento avaliada e identificada com necessidades de cuidados de enfermagem. Naturalmente, as intervenções propostas na matriz operativa do MDAIF também inclui a referenciação e solicitação de outros serviços da equipa multidisciplinar (Figueiredo, 2012).

Relativamente ao papel dos enfermeiros nos cuidados às famílias com membros idosos, tal como defende Figueiredo (2009; 2012), o Conselho Internacional de Enfermeiros e o Conselho de Enfermagem da Austrália, reforça que o papel da enfermagem inclui em trabalhar cooperativamente com as famílias respeitando seus valores e crenças, facilitando a sua participação integral nos cuidados nomeadamente no que respeita à tomada de decisões e partilha de responsabilidades entre os membros no sentido de qualificar a prestação de cuidados ao idoso (Bauer, 2006).

Nessa perspetiva, considera-se a importância crucial da família como provedora de cuidados de saúde aos idosos, cada vez mais presente e necessária devido às alterações sócio demográficas ocorridas na sociedade, já referidas anteriormente.

Seguidamente verifica-se o emergir do **Processo Familiar Não Disfuncional** em 5,56% (2) das famílias avaliadas.

Situado num nível de abordagem cuja ênfase é dada às díades e tríades do sistema familiar, o processo familiar exige intervenções que envolvem essencialmente o uso de técnicas de comunicação. É reconhecida a importância de se identificar as forças e recursos da família para que os profissionais possam definir estratégias que favoreçam o desenvolvimento das suas potencialidades enquanto grupo singular no seu funcionamento e organização (Figueiredo, 2009).

Neste sentido dentre as intervenções que norteiam o trabalho do enfermeiro para gerar uma resposta positiva ao funcionamento da família no processo familiar, destacam-se: promover a comunicação expressiva das emoções, negociar estratégias adaptativas/coping na família, negociar a redefinição de papéis pelos membros da família; otimizar padrão de ligação familiar, orientar para terapia familiar (Figueiredo, 2012).

Relativamente ao baixo valor de ganhos em saúde nesta área de atenção, os constrangimentos no terreno, indubitavelmente, contribuíram para isto. O facto de as enfermeiras de família não se sentirem competentes para aplicar as escalas e índices de avaliação pertencentes a esta área, bem como a inoperabilidade das mesmas no sistema informático, são alguns dos exemplos que podem justificar tais resultados.

3.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS

De acordo com Figueiredo (2009), os cuidados de saúde serão mais eficazes quanto maior for a ênfase no sistema familiar como alvo e unidade de cuidados, em qualquer que seja o nível de cuidados prestados.

Dessa forma, a matriz operativa do MDAIF permite ao enfermeiro de família orientar suas intervenções considerando o sistema familiar e atuando nos seus membros.

Nesta perspetiva, verificou-se a produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem face aos diagnósticos enunciados.

Na dimensão estrutural, vimos que a maior produção de ganhos se fez no edifício residencial não negligenciado em 50% das famílias cujas intervenções sugeridas auxiliaram as famílias a aderirem comportamentos produtores de saúde, potenciando as suas forças. Por outro lado, a produção de animal doméstico não negligenciado teve o menor impacto nesta dimensão, com 17,78% das famílias tendo o juízo diagnóstico positivado.

As intervenções direcionadas para o planeamento familiar foram eficazes em 85,19% das famílias, sendo a adaptação à gravidez adequada atingida em metade (50%) das famílias, apresentando assim o menor resultado da dimensão desenvolvimento.

Na dimensão funcional, a liderança dos ganhos em saúde traduziu-se no papel de prestador de cuidados adequado em 23,33% das famílias contra 5,56% em processo familiar não disfuncional.

De facto, é possível afirmar que a implementação do MDAIF como referencial teórico e operativo evidencia resultados de ganhos em saúde importantes às famílias alvo dos cuidados dos enfermeiros, cujas intervenções devem integrar respostas afetivas e cognitivas que acontecem num contexto de interação entre esses profissionais e a família (OE, 2011c).

Capítulo IV- CONCLUSÕES

Como parte integrante do Projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em CSP, este estudo pretendeu dar resposta ao segundo objetivo do mesmo projeto: avaliar o impacto do MDAIF no potencial de saúde das famílias. Neste enquadramento, explicitaremos, neste capítulo, as conclusões que emergiram da análise e discussão dos resultados e, ainda as sugestões para a prática clínica e para o desenvolvimento da investigação, no âmbito do MDAIF.

Relativamente à avaliação familiar, no que diz respeito aos dados avaliativos e áreas de atenção, verificou-se, na Dimensão Estrutural, que a área abastecimento de água foi a mais avaliada em oposição à área de atenção rendimento familiar, a qual obteve a menor taxa de avaliação. No que respeita à Dimensão Desenvolvimento, a área de atenção onde se verificou maior taxa de avaliação foi a adaptação à gravidez, sendo a dimensão operativa “comunicação” a que mais contribuiu para este resultado. A satisfação conjugal foi a que apresentou o menor percentual de avaliação, na dimensão operativa “função sexual”. Relativamente ao papel parental, destacamos a maior taxa de avaliação na dimensão operativa “conflito do papel”, reportando-se à II etapa do ciclo de vida familiar.

Na Dimensão Funcional, verificamos que a taxa de avaliação com valores mais elevados ocorreu no papel de PC, na dimensão operativa “atividade recreativa”. O processo familiar apresentou a menor taxa de avaliação na dimensão operativa “relação dinâmica”. Destacamos que para avaliação eficiente e fidedigna desta área, é fundamental que os instrumentos de avaliação que nela estão associados, tais como as escalas de Readaptação social de Holmes e Rahe, Faces II e o APGAR familiar de Smilkstein, estejam funcionais, o que não ocorreu no contexto em estudo.

No que concerne à identificação das principais necessidades das famílias, reveladas através das taxas de prevalência dos diagnósticos de enfermagem, a Dimensão Estrutural, obteve a maior taxa no diagnóstico de animal doméstico negligenciado, por não vacinação. A menor taxa de prevalência correspondeu ao edifício residencial negligenciado. No que respeita à Dimensão Desenvolvimento, o planeamento familiar não eficaz emergiu em mais da metade das famílias avaliadas, traduzindo-se no diagnóstico mais enunciado nesta dimensão. A menor enunciação diagnóstica reportou-se à satisfação conjugal não mantida, cuja área de atenção foi a menos avaliada. Relativamente à Dimensão Funcional, coadunando-se com a área de atenção mais avaliada, o papel

de PC não adequado liderou na prevalência diagnóstica no universo das 36 famílias com membro dependente. Indubitavelmente, este resultado converge com as novas necessidades de saúde decorrentes do envelhecimento populacional, daí a necessidade de mais intervenções que capacitem a família, no âmbito do papel de PC para o exercício do mesmo, em consonância com as funções familiares. Por sua vez, o processo familiar disfuncional teve a menor prevalência diagnóstica nesta dimensão.

Ao reportarmos-nos aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, na Dimensão Estrutural, verificamos que o maior impacto ocorreu no âmbito das necessidades identificadas no edifício residencial, onde metade das famílias com diagnóstico inicial de edifício residencial negligenciado, passaram a ter comportamentos produtores de saúde nesta área, o que possibilitou a mudança do estado diagnóstico. O menor percentual de ganhos em saúde nesta dimensão, reporta-se ao animal doméstico não negligenciado. Na Dimensão Desenvolvimento, a maior produção dos ganhos em saúde refletiu-se no planeamento familiar eficaz. Depreendemos que as intervenções presentes no MDAIF que norteiam para a produção deste ganho, contribuíram para este resultado. A menor produção dos ganhos situa-se na área da adaptação à gravidez, onde ainda assim, metade das famílias com subsistema conjugal e gravidez apresentou adaptação à gravidez adequada, após a implementação de intervenções. Na Dimensão Funcional, a produção dos ganhos em saúde incidiu essencialmente no papel de PC. O processo familiar não disfuncional teve uma produção diminuta de ganhos em saúde.

Os resultados maximizam o conhecimento produzido relativamente ao desenvolvimento de competências de avaliação e intervenção familiar sustentadas no MDAIF, considerando a família como unidade de cuidados.

A apropriação dos conceitos que consubstanciam a enfermagem de saúde familiar, inexoravelmente, é potencializada pelo MDAIF, pois a sua implementação implica a progressiva aquisição de conhecimentos que permitam o desenvolvimento de capacidades e atitudes promotoras de boas práticas de enfermagem de saúde familiar.

Os resultados sugerem que a implementação do MDAIF produziu um impacto positivo na produção dos ganhos em saúde às famílias avaliadas e sujeitas a intervenção, em VFC. Desta forma o uso deste referencial contribui significativamente para a consolidação e disseminação das boas práticas em enfermagem de saúde familiar, por possibilitar a identificação das necessidades das famílias, bem como orientar a tomada de decisão dos enfermeiros com o propósito de promover, manter ou restabelecer a saúde familiar.

Os mesmos resultados, permitirão a reflexão sobre as práticas de cuidados com as famílias desenvolvidas pelos enfermeiros que integram o Projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e

Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, e consequentemente a melhoria da qualidade do seu exercício profissional, a partir da problematização das mesmas práticas. Por outro lado, o desenvolvimento deste estudo possibilitou a identificação de necessidades de melhoria a nível da plataforma de informática e, simultaneamente a definição de estratégias para que se torne exequível, de forma célere e adequada, a extração de dados relativos à evolução e resolução diagnóstica, entre outros aspetos já assinalados anteriormente.

Por sua vez, para o desenvolvimento de mais evidência que permita, no futuro, a identificação do contributo dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar e subseqüentemente definição dos sistemas de melhoria de qualidade, gestão de recursos, entre outros aspetos fulcrais para a implementação de melhores práticas, pretende-se dar a conhecer aos parceiros do referido projeto os resultados obtidos neste estudo.

Para a potencialização destes resultados, no contexto os quais se reportam, ou noutros contextos da RAA onde venha a ser replicada esta experiência, sugere-se a presença periódica da autora do MDAIF, quer no que diz respeito ao seu papel de formadora no âmbito da enfermagem de saúde familiar, em geral e do MDAIF, em particular.

De forma geral, no que concerne às implicações para a investigação, este estudo, permitirá a comparabilidade de resultados nos diferentes contextos nacionais, onde está a ser implementado o MDAIF. Por outro lado possibilitará a avaliação do plano de investigação do projeto, onde este estudo se integra, visando a identificação de pontos críticos e subseqüente reformulação, visando a otimização da evidência produzida.

Ainda, no que respeita à enfermagem de saúde familiar, consideramos crucial a sua concretização, enquanto especialidade, de forma a potencializar o MDAIF, enquanto referencial sistematizador das práticas de cuidados de enfermagem à família como unidade, e possibilitando que as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros de família tenham por base as competências definidas para os cuidados especializados nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2009). *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: Linha de investigação em Enfermagem de Família.
- Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Barbosa, P. R. (2009). *Implicações éticas das taxas moderadoras face à escassez de recursos em saúde*. Dissertação de Mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Barros, P. P. (2009). *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos*. 2ª edição revista. Coimbra: Almedina.
- Barros, P. P. (2011, junho). *Os custos dos cuidados e as suas várias dimensões*. Comunicação apresentada no III Congresso da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal. Obtida em 22 de novembro de 2012, de <http://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/3cong-enf-ppb.pdf>
- Bauer, M. (2006). Collaboration and control: nurses constructions of the role of family in nursing home care. *Journal Advanced Nursing*, nº 54, pp. 45-52.
- Biscaia, A. R. et. al (2005). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos*, 1ª edição. Lisboa: Padrões culturais editora.
- Bittar, O. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 3 (12), pp. 21-28.
- Branco, A. G.; Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume 2, pp.5-11.
- Charepe, Z. & Figueiredo, M. H. (2011). Família e a criança com doença crónica: percursos transformativos e colaborativos. *Nursing*, suplemento I, pp. 2-8.
- Collière, M-F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Comin, F. S & Santos, M. a. (2010). Satisfação conjugal: revisão integrativa científica nacional. *Psicologia: teoria e pesquisa*, vil 26, nº 3, pp.525-531.

Constituição da República Portuguesa (1976). VII revisão constitucional [2005]. Obtido em 22 de novembro de 2012, em <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de setembro. *Diário da República* nº 228/71, I Série. Ministério da Saúde e da Assistência: Lisboa.

Decreto-Lei nº 157/1999 de 10 de maio. *Diário da República* nº 108/99, I Série A. Ministério da Saúde: Lisboa.

Decreto-Lei nº 91/2001 de 23 de março. *Diário da República* nº70/01, I Série B Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas: Lisboa.

Decreto-Lei nº 88/2005 de 3 de junho. *Diário da República* nº 107/05, I Série A. Ministério da Saúde: Lisboa.

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de agosto. *Diário da República* nº 161/2007-I Série A. Ministério da Saúde: Lisboa.

Decreto-Lei n.º 306/2007, de 27 de Agosto – *Diário da República* n.º 164/07 Série I. Lisboa.

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. *Diário da República* nº 28/2008, I Série A. Ministério da Saúde: Lisboa.

Decreto Regulamentar Regional nº 32/1980/A de 11 de dezembro. *Jornal Oficial* nº 43, I Série. Assembleia Regional dos Açores.

Decreto Regulamentar Regional nº 26/2011/A. *Diário da República* nº 235/2011- I Série. Assembleia Regional dos Açores.

Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de abril. *Diário da República* nº 93/83, I Série A. Ministério dos Assuntos Sociais: Lisboa.

Despacho Normativo nº 10321/2012 de 1 de agosto. *Diário da República* nº 148/12, II Série. Ministério da Saúde: Lisboa.

Despacho Regional nº 1137/2009 de 29 de outubro. *Jornal Oficial* nº 208, II Série. Secretaria Regional da Saúde. Governo dos Açores.

Dias, C. M; Freitas, M. ; Briz, T. (2007). Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 23, pp. 439-450.

Direção-Geral da Saúde (2003). *Saúde na Comunidade. Guia orientador par elaboração de indicadores*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

Direção Geral da Saúde (2006a). *Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

Direção Geral da Saúde (2006b). *Indicadores de Desempenho para as Unidades de Saúde Familiar*. Ministério da Saúde: Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Direção Geral da Saúde. (2008) Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Lisboa: DGS, obtido em 29 de maio de 2013 em, http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

Direção Regional da Saúde (2009). *Plano Regional de Saúde 2009-2012*. Região Autónoma dos Açores.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, R. Oxford University Press.

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2013). Projeto MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação Transformativa em Cuidados de Saúde Primários. Obtido em 15 de julho de 2013, de web site da Escola Superior de Enfermagem do Porto: <http://www.esenf.pt/pt/i-d/projetos-internacionais/mdaif/>

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

Ferreira, F. A. G. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Ferreira, O. M. S (2007). *Estratégias de parceria entre o Centro e Referência em Oncologia Pediátrica do Norte (IPO Porto) e os Cuidados de Saúde Primários (ARS Norte/Centros de Saúde) na comunidade dos cuidados à criança com doença oncológica e sua família*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Universidade do Porto, Porto.
- Figueiredo, M. (2006). Sistema Familiar e Cuidados de Enfermagem. *SERVIR*, 54, nº 1, pp.11-14.
- Figueiredo, M. H. J. (2008). Cuidar a família: dos conceitos às representações. *Revista Sinais Vitais*, nº 76, pp. 50-55.
- Figueiredo, M.H.J & Moreira, S. (2009). Cuidar a família: da conceção à documentação dos cuidados. *Revista Mineira de Enfermagem* vol. 13 (1), pp. 56-64.
- Figueiredo, M. H. J. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto.
- Figueiredo, M.H.J., Vilar, A. I. & Sousa, C. N. (2009). Resiliência: abordagem apreciativa da família como sistema social. Livro de atas do Fórum “A Saúde Mental e a Vulnerabilidade Social”, pp. 96-109. Ed.: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (SPESM).
- Figueiredo, M.H., Charepe, Z. B., Melo, P. M. & Silva, S. C. (2010). Família e Família: A Avaliação Integrativa do Papel Parental. *I Seminário Internacional Contributos da Psicologia em Contextos Educativos*, pp. 902-915. Braga: Universidade do Minho.
- Figueiredo, M., Martins, M., Silva, L & Oliveira (2011). Family life cycle and aging: contexts and challenges. *Revista Temática Kairós Gerontologia. São Paulo* 14(3), pp.11-22.
- Figueiredo, M. H. J. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Galp energia. *Cuide do Gás como o gás cuida de si* Obtido em 29 de janeiro de 2013, de <http://www.cuidedogas.com/>
- Gardner, L. (2011). Pensamento sociológico sobre as famílias. In Cooke, H. & Philpin, S., *Sociologia em enfermagem e cuidados de saúde* (pp. 12-25). Loures: Lusociência.
- Giddens, A. (2008). *Sociologia* (6ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Governo dos Açores (2013). *Proposta de Reestruturação do Serviço Regional dos Açores*. Governo Regional: Secretaria Regional de Saúde.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). XV recenseamento geral da população. V recenseamento geral da habitação. Censos 2011. Obtido em 20 de julho de 2013 em, www.ine.pt
- Lei nº 56/79 de 15 de setembro. *Serviço Nacional de Saúde. Diário da República*, nº 214, I Série. Ministério dos Assuntos Sociais: Lisboa.
- Magnan, M. A. ; Reynolds, K. E.; Galvin, E. A. (2006). Barriers to addressing patient sexuality In nursing practice. *Dermatology Nursing*, vol 18, nº 5, pp 448-454.
- Malik, A. M. (2006). *Indicadores de qualidade e produtividade na saúde*. Escola de Administração e Empresas de São Paulo. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas.
- Martins et. al (2007). Necessidade de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, vol 16, nº 2, pp. 254-262.
- Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances In Nursing Science* , 9, pp. 12-28.
- Mick, J.; Hughes, M.; Cohen, M. Z. (2004). Using the better model to assess sexuality. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, vol 8, nº 1, pp. 84-86.
- Miguel, L. S.; Sá, A. B. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Ministério da Saúde: Alto Comissariado da Saúde.
- Ministério da Saúde (2011a). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Indicadores e Metas em Saúde*. Lisboa: Gabinete Técnico do PNS 2011-2016.
- Ministério da Saúde (2011b). *Cuidados de Saúde Primários. O Norte aposta nas USF. Evolução 2006/2010*. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte.
- Ministério das Finanças (2012). *Relatório Orçamento do Estado para 2013*. Lisboa: inistério das Finanças.

- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2008). Relatório de reunião sobre Enfermeiro de Família. Coimbra. Obtido em 27 de dezembro de 2012, de http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_56/Conclusoes_Workshop_Enf_Familia.pdf
- Norgren, M. B; Souza, R. M.; Kaslow, F.; Hammersmidt, H. H & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, vol 9 (3), pp. 575-584.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2011). *Relatório Primavera. Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde*. Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2013). *Duas faces da saúde*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Do Caminho Percorrido e das Propostas. Análise do primeiro mandato- 1999-2003*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2004). Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, suplemento 13, pp. 2-12.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem. Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde* [versão eletrónica]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Proposta do Programa Formativo da Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Proposta dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Regulamento nº 126/2011 de 18 de fevereiro. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: OE.

- Organização Mundial de Saúde. (1978). Declaração de Alma Ata. Obtido em 05 de maio de 2012, de https://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/Ata_Assemb%201_MCEEC.pdf
- Organização Mundial De Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Pereira, F.M.S. (2006). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Pimentel, L. (2008). *Entre o dever e os afetos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. VI Congresso Português de Sociologia. Lisboa, Portugal.
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo desenvolvimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, 16 (6), pp. 2841-2852.
- Ramos, V. (2009). *A Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal*. Texto do curso de formação contínua ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: ENSP.
- Raposo, M. S. (2001). *Remexendo o baú de um serviço*. Ponta Delgada: Secretaria Regional da Educação e Assuntos Sociais.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. 2ª edição. Porto: Edições Afrontamento.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de outubro. *Diário da República* nº 196/05, I Série B. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa.
- Sakellarides, C. (2006). *De Alma a Harry: Crónica da democratização da saúde*. Coimbra: Almedina.
- Santo, I. E. et. al (2010). *Indicadores de Desempenho da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Ministério da Saúde: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.

- Silva, L. S. D. (2010). *Controlo da qualidade da água de consumo humano no concelho da Povoação (São Miguel): Diagnóstico e implicações para a saúde pública*. Dissertação de Mestrado em Ambiente, Saúde e Segurança. Universidade dos Açores, Ponta Delgada
- Silva, S. (2010). *A Avaliação de Desempenho do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar*. Projeto de tese de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Porto: Faculdade de Economia.
- Sluzki, C. (2003). *A Rede Social na Prática Sistémica*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2010). *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª edição. Loures: Lusodidata.
- Starfield, B. (1992). *Primary care concept, evaluation and policy*. New York: Oxford University Press.
- União Zoófila, 2009. [em linha]. Obtido em 05 de março 2013, em www.uniaozoofila.org
- Unidade de Saúde de Ilha. Centro de Saúde Vila Franca do Campo (2012a). *Relatório do Projeto Enfermeiro de Família- Abril*. São Miguel: CSVFC.
- Unidade de Saúde de Ilha. Centro de Saúde Vila Franca do Campo (2012b). *Relatório do Projeto Enfermeiro de Família- Junho*. São Miguel: CSVFC.
- Vasconcelos, P. (2002). Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. *Revista Análise Social*, vol 37 (163), pp. 507-544.
- Werley, H. H.; Devine, E. C.; Zorn, C. R; Ryan, P.; Westra, B. L. (1991)- The nursing Minimum Data Set: abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. *American Journal of Public Health*. V. 81, nº 4, pp. 421-426.
- World Health Organization (1999). Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series nº 6*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2002). “Active Ageing. A policy framework”, *A contribution of WHO to the Second United Nations World Assembly on Aging*. Madrid, Espanha.

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

ANEXOS

ANEXO 1- Cartas de Parceria