

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E
INTERVENÇÃO FAMILIAR NUM AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA REGIÃO
NORTE

EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF THE DYNAMIC MODEL OF FAMILY ASSESSMENT
AND INTERVENTION IN A GROUP OF PRIMARY HEALTH CARE CENTERS IN THE NORTH REGION

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo
e coorientada pela Professora Palmira da Conceição Martins de Oliveira

Luís Miguel Correia Ferreira

Porto, 2017

AGRADECIMENTOS

Os percursos que percorremos na vida nunca existem sem obstáculos ou atrasos. Cabe a cada um de nós encontrar a determinação e resiliência necessária para os ultrapassar e, eventualmente, chegar ao destino. Mesmo que o passar do tempo o faça parecer cada vez mais longínquo.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à professora doutora Maria Henriqueta Figueiredo, por toda a dedicação, paciência e amizade na conclusão deste percurso.

À professora Palmira Oliveira, pela orientação ao longo deste trabalho.

Aos membros do projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, em particular à enfermeira Marlene Lebreiro e à professora Carmen Andrade.

Aos vários colegas das várias unidades de saúde que contribuíram com os seus cuidados às famílias, permitindo este trabalho existir.

Aos colegas deste curso, que desde o seu início ajudaram a construir este meu percurso.

À minha família, pela incessante lembrança de que algo havia a completar.

À Filipa, por sempre me incentivar, apoiar e dispensar o tempo que por direito era dela, para eu poder dedicar-me ao trabalho.

E ao meu filho Rafael, por na reta final me ajudar a manter acordado de noite, de forma a poder terminar em tempo útil.

A todos, obrigado.

ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDAIF – Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

RESUMO

Este estudo insere-se no projeto “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários”, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto e CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Universidade do Porto.

O estudo é de natureza quantitativa, do tipo exploratório-descritivo, utilizando o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial teórico e operativo.

Pretende-se identificar as áreas de atenção avaliadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias, identificar as necessidades das famílias em cuidados de enfermagem, identificar os ganhos em saúde produzidos pela implementação do MDAIF e identificar as intervenções utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias.

O estudo decorreu num Agrupamento de Centros de Saúde da região Norte.

De forma a recolher os dados, foi utilizada a matriz operativa do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, utilizando o Microsoft Excel 365 para o seu tratamento.

Os resultados indicam que a área mais avaliada pelos enfermeiros refere-se à dimensão estrutural no seu todo, assim como ao papel parental e ao papel de prestador de cuidados.

As áreas com mais necessidade de intervenção pelos enfermeiros foram o rendimento familiar na dimensão estrutural, a relação dinâmica na satisfação conjugal e a comunicação familiar no processo familiar. Os maiores ganhos em saúde verificaram-se no item animal doméstico na dimensão estrutural, na comunicação na satisfação conjugal, e na comunicação familiar no processo familiar. As intervenções de enfermagem foram utilizadas de uma forma generalizada.

Concluiu-se que a utilização do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar contribuiu para a produção de ganhos em saúde, nos cuidados às famílias.

Palavras-chave: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar; Enfermagem de Saúde Familiar; Enfermeiro de família; Cuidados de Saúde Primários; Ganhos em saúde.

ABSTRACT

This study is part of the project "Dynamic Model of Family Assessment and Intervention: a transformative action in Primary Health Care", in partnership with the Escola Superior de Enfermagem do Porto and CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Universidade do Porto.

The study is of quantitative nature, exploratory-descriptive type, using the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention as a theoretical and operational referential.

The aim is to identify the areas of care evaluated by nurses while providing care to families, identifying the needs of families in nursing care, identifying the health gains produced by the implementation of DMFAI, and identifying the interventions used by nurses in providing care to families. The study was carried out in a group of primary health care centers in the North. In order to collect the data, the operational matrix of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention was used, using Microsoft Excel 365 for its treatment.

The results indicate that the area most evaluated by nurses refers to the structural dimension as a whole, as well as to parental role and the role of care provider. The areas with the greatest need for intervention by nurses were the family income in the structural dimension, the dynamic relationship in marital satisfaction and family communication in the family process. The greatest health gains were observed in the domestic animal item in the structural dimension, in the communication in the marital satisfaction, and in the family communication in the family process. Nursing interventions were used in a generalized way. It was concluded that the use of the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention contributed to the production of health gains in the care of families.

Keywords: Dynamic Model of Family Assessment and Intervention; Family Health Nursing; Family nurse; Primary Health Care; Health gains.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	22
1 - TIPO DE ESTUDO E VARIÁVEIS	23
2 - POPULAÇÃO	24
3 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS.....	25
3.1 - Instrumentos de recolha dos dados	29
4 - PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E DE ANÁLISE DOS DADOS	30
4.1- Taxas de avaliação	30
4.1.1 - Dimensão Estrutural	30
4.1.2 - Dimensão Desenvolvimento	31
4.1.3 - Dimensão Funcional.....	32
4.2 - Taxas de prevalência.....	32
4.3 – Indicadores de resultado.....	33
CAPÍTULO II – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
1 - CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E TAXAS DE AVALIAÇÃO, PREVALÊNCIA, GANHOS EM SAÚDE E DE UTILIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES.....	35
1.1 - Caracterização das famílias.....	35
1.1.2 - Subsistemas familiares e ciclo vital.....	36
1.1.3 - Sistemas mais amplos	38
1.1.4 - Classe social	39
1.1.5 - Famílias com membro dependente	40
1.2 - Taxas de avaliação	43
1.2.1 - Dimensão estrutural	43
1.2.2 - Dimensão de desenvolvimento	44
1.2.3 - Dimensão funcional	46
1.3 - Taxas de prevalência.....	49
1.3.1 - Dimensão estrutural	49
1.3.2 - Dimensão de desenvolvimento	50
1.3.3 - Dimensão funcional	52
1.4 - Taxas de ganhos em saúde	54
1.4.1 - Dimensão estrutural	55

1.4.2 - Dimensão de desenvolvimento	56
1.4.3 - Dimensão funcional	59
1.5 - Taxas de utilização das intervenções	62
1.5.1 - Rendimento familiar insuficiente	62
1.5.2 - Edifício residencial não seguro	63
1.5.3 - Edifício residencial negligenciado	64
1.5.4 - Precaução de segurança não demonstrada.....	65
1.5.5 - Abastecimento de água não adequado	65
1.5.6 - Animal doméstico negligenciado	66
1.5.7 - Satisfação conjugal não mantida	67
1.5.8 - Papel parental não adequado (famílias com filhos na escola)	67
1.5.9 - Papel parental não adequado (família com filhos adolescentes).....	69
1.5.10 - Papel parental não adequado (família com filhos adultos).....	70
1.5.11 - Papel de prestador de cuidados não adequado	72
1.5.12 - Processo familiar disfuncional	75
CAPÍTULO III – CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

LISTA DE TABELAS

Quadro 1 - Painel do resumo mínimo de dados do MDAIF - Taxas de avaliação	25
Quadro 2 - Painel do resumo mínimo de dados do MDAIF - Taxas de prevalência	26
Quadro 3 - Painel do resumo mínimo de dados do MDAIF- Ganhos em Saúde.....	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição por tipo de família	35
Figura 2 – Distribuição por função das relações	37
Figura 3 – Distribuição por etapa do ciclo vital familiar	38
Figura 4 – Distribuição por sistemas mais amplos.....	39
Figura 5 – Distribuição por classe social	40
Figura 6 – Distribuição por famílias com membro dependente	41
Figura 7 – Distribuição por dependência no auto-cuidado	41
Figura 8 – Taxas de avaliação da dimensão estrutural	43
Figura 9 – Taxas de avaliação da satisfação conjugal	45
Figura 10 – Taxas de avaliação do papel parental	46
Figura 11 – Taxas de avaliação do papel de prestador de cuidados.....	47
Figura 12 – Taxas de avaliação do processo familiar	48
Figura 13 - Taxas de prevalência na dimensão estrutural	49
Figura 14 - Taxas de prevalência na satisfação conjugal	50
Figura 15 - Taxas de prevalência no papel parental	51
Figura 16 - Distribuição por papel de prestador de cuidados.....	52
Figura 17 - Taxas de prevalência no papel de prestador de cuidados.....	53
Figura 18 - Distribuição por processo familiar	53
Figura 19 - Taxas de prevalência no processo familiar	54
Figura 20 - Taxas de ganhos em saúde na dimensão estrutural.....	55
Figura 21 - Taxas de ganhos em saúde na satisfação conjugal	57
Figura 22 - Distribuição por papel parental	58
Figura 23 - Taxas de ganhos em saúde no papel parental.....	58
Figura 24 - Distribuição por papel de prestador de cuidados.....	60
Figura 25 - Taxas de ganhos em saúde no papel de prestador de cuidados	60
Figura 26 - Taxas de ganhos em saúde no processo familiar.....	61
Figura 27 - Distribuição por promover a gestão do rendimento familiar.....	63
Figura 28 - Distribuição por ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro.....	63
Figura 29 - Distribuição por promover o governo da casa.....	64

Figura 30 - Distribuição por negociar sobre utilização de equipamento de gás.....	65
Figura 31 - Distribuição por orientar para serviços de controlo da qualidade da água	66
Figura 32 - Distribuição por motivar para vacinação do animal doméstico	66
Figura 33 - Distribuição por promover a comunicação expressiva das emoções.....	67
Figura 34 - Distribuição por ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil.....	68
Figura 35 - Distribuição por advogar criação de espaço para a criança estudar	68
Figura 36 - Distribuição por promover a comunicação expressiva das emoções.....	69
Figura 37 - Distribuição por ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança ..	69
Figura 38 - Distribuição por promover estratégias de coping para o papel	70
Figura 39 - Distribuição por informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital	71
Figura 40 - Distribuição por motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família	71
Figura 41 - Distribuição por promover estratégias de coping para o papel	72
Figura 42 - Distribuição por ensinar PC sobre a técnica do banho	73
Figura 43 - Distribuição por ensinar PC sobre padrão alimentar adequado.....	73
Figura 44 - Distribuição por ensinar PC sobre equipamentos adaptativos.....	74
Figura 45 - Distribuição por ensinar PC sobre padrão de exercício adequado.....	74
Figura 46 - Distribuição por avaliar saturação do papel	75
Figura 47 - Distribuição por otimizar a comunicação na família.....	76
Figura 48 - Distribuição por promover estratégias adaptativas/coping na família	76
Figura 49 - Distribuição por motivar a redefinição dos papeis pelos membros da família ...	77
Figura 50 - Distribuição por promover o envolvimento da família.....	77

INTRODUÇÃO

Desde o início dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que podemos situar na Declaração de Alma-Ata em 1978 (OMS, 1978), tem sido constante a sua importância na promoção, manutenção e restabelecimento de saúde das cidadãos, famílias e comunidades. Os CSP pretendem melhorar os níveis de saúde das populações (Miguel e Sá, 2010) e têm sido o pilar central do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (Ministério da Saúde, 2005).

De uma forma sucinta, a evolução dos CSP em Portugal pode ser delimitada em três fases (Branco e Ramos, 2001). A primeira fase, que se iniciou na reforma do anterior sistema de saúde e da assistência (Miguel e Sá, 2010), percorre o período de 1971 à revolução de abril, em 1974. Nesta altura, a prática dos CSP dividia-se em dois tipos: a prática da saúde comunitária, através de programas de vacinação, vigilância de saúde de grupos vulneráveis e atividades diversas de saúde sanitária, e a prática de cuidados curativos, através de consultas médicas, tratamentos de enfermagem, em casos agudos de doença. Estas duas vertentes eram executadas em locais físicos diferentes, para uma mesma população (Branco e Ramos, 2001).

A segunda fase consolidou-se em 1983, com a criação do SNS em 1979, através do Decreto-Lei nº 56/79 de 15 de setembro, surgindo os Centros de Saúde (CS) por todo o país, sendo que a saúde é reforçada como um direito das populações (Biscaia, 2006). Consistiu na fusão entre os dois tipos de unidades da fase anterior, sendo que a promoção da saúde e prevenção da doença, passaram a ser praticadas em conjunto com a prática curativa, num mesmo sítio onde os cidadãos poderiam obter estes cuidados de saúde. A maior acessibilidade e os programas de saúde com objetivos, caracterizavam os CS deste período, comparando com o modelo da fase precedente (Branco e Ramos, 2001).

A terceira fase surge pela necessidade de dinamizar e reforçar os CSP. Em 2005, dá-se uma nova reforma dos CSP em Portugal: são criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF), constituídas por equipas multiprofissionais com autonomia funcional e técnica, através da contratualização de uma carteira básica de serviços e de objetivos controlados por indicadores (Pisco, 2007). São também criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)

e eliminadas as Sub-Regiões de Saúde, através do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Os ACeS englobam, para além das USF, as Unidades de Cuidados Personalizados (UCSP), as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidade de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Miguel e Sá, 2010).

A atenção prestada às famílias também tem sido, ela própria, objeto de mudanças, que consequentemente foram acompanhadas pela Enfermagem. Pode ser encontrada na literatura norte americana dos anos 80, os primeiros textos da prática da Enfermagem em articulação com as famílias, tendo posteriormente alastrado ao resto do mundo, associada às mudanças existentes na altura nos sistemas de saúde, particularmente na Europa (Andrade dos Santos, 2012). Resultado da evolução da forma como as famílias são vistas nos contextos de saúde (Weirich et al, 2004), foi por isso natural o surgimento da Enfermagem de Saúde Familiar e o papel do Enfermeiro de Família.

Os estudos na saúde, as intervenções que daí advêm e até a política de saúde, têm visto um aumento da importância da família. Os enfermeiros têm um papel importante no que concerne aos cuidados com as famílias, não como responsáveis das transformações familiares, mas como parceiros que potenciam mudanças positivas na família (Carvalho et al, 2012). Os cuidados de enfermagem às famílias têm como foco a família como unidade de cuidado, de forma simultânea na própria família e no indivíduo, com o intuito de promover a saúde e manter ganhos, ao mesmo tempo que diminuem o foco na cura devido a doença (Ostlund et al, 2015).

Ao longo da maior parte do século XX o foco estava no tratamento do indivíduo, através do desenvolvimento das técnicas e tecnologias hospitalares, que por sua vez estavam associados ao desenvolvimento do conhecimento da física e da química, afastando a pessoa do seu ambiente. Progressivamente, este foco foi-se movendo no sentido de se tornar mais abrangente, permitindo englobar o indivíduo como um todo, e eventualmente abordar a família dessa mesma forma, potenciando a melhoria do indivíduo (Silva, 2013).

Já em 1999, foram definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 21 metas para o século XXI, em articulação com a política regional europeia, para o desenvolvimento de estratégias que fomentassem a saúde como um direito fundamental, com a responsabilização dos indivíduos, famílias e comunidades na sua própria saúde, baseado em cuidados primários focados na família e comunidades, em conjunto com um sistema hospitalar flexível. Destas 21 metas, destaca-se a número 15, que refere a necessidade de um sistema de saúde mais integrado, com uma aposta significativa nos CSP. Refere também

a necessidade da existência de um enfermeiro de família, para apoiar as famílias, promovendo o autocuidado, de forma a prevenir a doença e a garantir um tratamento eficaz para todos, evitando o recurso desnecessário aos hospitais, quando tal não é justificado (OMS, 1999). Em 2000, na Declaração de Munique da OMS, é referido que é necessário reforçar a enfermagem a nível europeu, estabelecendo programas focados na família e na enfermagem de Saúde Familiar (OMS, 2000).

No entanto, em Portugal, anteriormente a família já tinha sido identificada alvo de cuidados, desde 1983, quando o Despacho Normativo 97/83 aprova o regulamento dos CS. A relevância que a enfermagem de saúde familiar tem ganho, pode ser verificada no decreto-lei nº 118/2014 de 5 de agosto. Esta lei “estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidade de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados Personalizados”, e é feita de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, onde se refere que um dos objetivos do plano é promover comunidades saudáveis, através do empoderamento das famílias portuguesas. A importância da enfermagem familiar volta a ser evidenciada na mais recente alteração à lei que rege as USF. O decreto-lei nº 73/2017, de 21 de junho, vem alterar o anterior decreto-lei nº 298/2007, de 22 de agosto, alterando aspetos que regem a as USF, desde a sua criação, gestão, funcionamento e extinção. No entanto, aquilo que trás de novo e que é relevante para a enfermagem e as famílias, pode ser lido no ponto 4 do artigo 7º, em que é referida a obrigatoriedade dos elementos de enfermagem das equipas das USF, possuírem o título de especialistas em enfermagem de saúde familiar. Com esta alteração, é reconhecido o valor, as competências e os ganhos que os enfermeiros trazem para as famílias e os cuidados de saúde, quando vocacionados para estes. No entanto, neste momento, a especialidade de enfermagem de saúde familiar ainda não é uma realidade consumada, pelo que a aplicação deste ponto do decreto-lei 73/2017 ainda não pode ser exercido.

A especialidade de enfermagem de saúde familiar, surge com o processo de individualização das especialidades clínicas de enfermagem. O Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem, visa a regulação a regulação e desenvolvimento da profissão de enfermagem, sendo uma estratégia que visa promover a qualidade dos cuidados, permitindo o reconhecimento de novas especialidades de enfermagem. Entre as especialidades já reconhecidas no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, surge a enfermagem de saúde familiar.

Por sua vez, a regulação da especialidade de enfermagem de saúde familiar é feita pelo regulamento nº 126/2011, que regula as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Neste documento é referido que o enfermeiro de família presta cuidados globais a grupos de famílias, em todos os processos e contextos. O foco destes cuidados são as dinâmicas da família, a sua estrutura, o seu funcionamento, o relacionamento dos vários subsistemas familiares e a interação da família com o seu meio. O enfermeiro especialista interage com as famílias de uma forma dinâmica e organizada, de forma a identificar problemas, formular diagnósticos e implementar intervenções, prestando cuidados com particular atenção na capacidade de família em responder a problemas de saúde reais e potenciais. No ponto 1 do artigo 4º do referido regulamento, pode ler-se que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar “cuida da família como unidade de cuidados” e “presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária”.

Constatada a mudança, particularmente no seio das USF, se a família passa a ser o centro da atividade nos cuidados de saúde primários, torna-se necessário ter um instrumento que permita operacionalizar os conhecimentos, organizar e estruturar as intervenções, permitindo ganhos em saúde que sejam mensuráveis.

O referido instrumento é o Modelo Dinâmico e Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Este surgiu como uma resposta às necessidades das famílias portuguesas, assim como dos próprios enfermeiros de CSP, de forma a guiar o seu trabalho nos cuidados à família, operacionalizando-os como unidade (Figueiredo, 2012).

A construção do MDAIF decorreu numa investigação, no ambiente dos CSP, e suporta-se numa tríade de teorias: a teoria geral dos sistemas, a cibernética e a teoria da comunicação humana. Sustenta-se no Pensamento Sistémico e tem como fontes o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e o Modelo de Calgary de Intervenção na Família. Pressupõe que o sistema familiar é complexo e parte do princípio que os cuidados de enfermagem à família são feitos considerando esta última como um todo, assim como a cada elemento individualmente, potenciando as suas forças, e maximizando os resultados. (Figueiredo, 2012).

Tal como os restantes referenciais sustentadores da tomada de decisão clínica nos cuidados às famílias, este Modelo pretendeu contribuir para a sistematização da avaliação familiar, assim como potencializar as intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde familiar (Catherine A. Chesla, 2010).

Em 2011 o MDAIF foi adotado como referencial teórico e operacional da especialidade de enfermagem de Saúde Familiar, conforme consta na proposta do programa formativo da especialidade de enfermagem de Saúde Familiar, publicada a 16 de julho desse ano, pela assembleia do colégio da especialidade de enfermagem Comunitária.

A avaliação das famílias através do MDAIF, é feita de acordo com três dimensões: dimensão estrutural, dimensão de desenvolvimento e dimensão funcional. Na dimensão estrutural, é avaliado o rendimento familiar, o edifício residencial, a precaução de segurança, o abastecimento de água e o animal doméstico. Na dimensão de desenvolvimento, é avaliada a satisfação conjugal, o planejamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental. Na dimensão funcional, é avaliado o papel de prestador de cuidados e o processo familiar. Estas áreas são avaliadas através da matriz operativa do MDAIF, que é um instrumento orientador e sistematizador da enfermagem em contexto da saúde familiar, servindo estas áreas como uma guia da prática dos enfermeiros de família, não invalidando a responsabilidade do enfermeiro em decidir as áreas de atenção em que se foca, tendo em consideração a complexidade única de cada família. De acordo com a avaliação que é feita, podem ser levantados diagnósticos e intervenções de enfermagem, visando a correção dos problemas encontrados, proporcionando às famílias ganhos em saúde, que embora possam eventualmente ser atingidos com uma abordagem apenas ao indivíduo, estes últimos ocorrem de forma mais célere, estruturada, e usufruindo de toda a dinâmica e forças passíveis de serem mobilizadas na família, tornando também os ganhos mais fáceis de serem avaliados e consolidados (Figueiredo, 2012).

O referencial em que o MDAIF assenta, o pensamento sistémico, surge da conjunção da teoria geral dos sistemas, a cibernética e a teoria da comunicação humana, sendo que já tinha sido usado na terapia familiar (Figueiredo, 2012). No que se refere aos conceitos, o MDAIF define família como um todo que é mais e diferente que a soma das suas partes, sendo um sistema aberto de inter-relações e complexidade, que aglomera um sistema de valores, conhecimentos e práticas (Figueiredo, 2012). Define também saúde familiar como um estado subjetivo e um processo dinâmico de ajustamento, que integra a saúde de cada membro de forma individual, assim como os aspetos do funcionamento familiar (Figueiredo, 2012). O ambiente familiar é definido como um conjunto de fatores humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que se ligam e influenciam (Figueiredo, 2012). Define também os cuidados de enfermagem à família como a interação entre enfermeiro e família, através de um processo interpessoal, significativo e terapêutico, cujos cuidados têm como objetivo a capacitação da família através da maximização do seu

potencial de saúde, prestando estes cuidados ao longo das várias fases do ciclo vital (Figueiredo, 2012).

Família é, conceptualmente, um conjunto de pessoas que possuem vínculos afetivos/efetivos, podendo ou não ser ambíguos, fruto da constituição social em qual se integra, diferenciada cultural e socialmente. Considerada como centro integral de convivência de pessoas, onde as necessidades são providas pelos membros integrantes de maneira uniforme, é desta forma que a família mantém a sua representação social (Lacerda, 1997).

A saúde da família é descrita como um estado ou processo da pessoa como um todo em interação com o ambiente, sendo que a família representa um fator significativo nele. A análise da saúde da família deve incluir simultaneamente saúde e doença, além dos aspetos individuais e coletivos. Algumas definições de saúde da família incluem a saúde individual dos membros da família e o bom funcionamento desta na sociedade, e envolve muito mais do que saúde física (Angelo e Bousso, 2001).

Assim, a definição deve compreender dois focos: o da saúde da família, relativo ao estado de saúde dos indivíduos que a compõem, e o do funcionamento da família, como uma descrição avaliativa das funções e estruturas da família, compondo um quadro onde o foco da avaliação e da assistência está tanto na saúde individual, como na saúde da família como um todo (Angelo e Bousso, 2001).

Segundo Wright e Leahey (2002), na fundamentação teórica para o entendimento da família, esta deve ser considerada como um sistema. Quando esta definição é aplicada às famílias, possibilita-nos ver cada uma delas como uma unidade, e conseqüentemente, focalizar-nos na interação entre seus membros e não os assistir individualmente. Assim, é preciso considerar cada membro da família como um subsistema de um sistema.

Segundo Angelo (1999); Antunes e Egry (2001), a ênfase crescente na família tem resultado na mudança da maneira como ela é percebida no contexto de saúde, ultrapassando sobretudo as definições utilitárias que se atribuía à família, quando era vista unicamente como um bem para o paciente, e a sua presença tolerada, especialmente em ambientes de assistência à saúde, levando-se em conta o seu papel na esfera afetiva da recuperação do familiar doente.

Estas definições estão em consonância com aquelas que se encontram no MDAIF.

Para além das teorias que são do âmbito da terapia familiar, que deram um importante contributo para o desenvolvimento da enfermagem de família, também as teorias e modelos de enfermagem ajudaram a guiar os cuidados dos enfermeiros para a família, potenciando este foco nos cuidados familiares. Podendo servir para orientar a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem, permitem a existência de um pensamento coerente, fortalecendo o conhecimento de enfermagem. Os enfermeiros avaliam a saúde de toda a família para identificar problemas de saúde e fatores de risco, ajudar a desenvolver intervenções para abordar preocupações com a saúde e implementar as intervenções para melhorar a saúde do indivíduo e da família (Figueiredo, 2012).

Os ganhos decorrentes do uso do MDAIF em CSP já foram identificados num trabalho anterior, inserido também no projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, em que foi avaliado o seu impacto num contexto de CSP, em Vila Franca do Campo (Silva, 2013). Nesse estudo, verificou-se que a utilização do MDAIF surtiu um efeito positivo nos ganhos em saúde das famílias., contribuindo para os enfermeiros conseguirem prestar mais e melhores cuidados às famílias a seu cargo, especificamente permitindo identificar melhor problemas, fazer tomadas de decisão, e promover a saúde familiar.

O projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, sediado na Escola Superior de Enfermagem do Porto e CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde da Universidade do Porto, tem como objetivos “avaliar o impacto da formação, sustentada pelo MDAIF, nas competências dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários na avaliação e intervenção familiar”, “avaliar o impacto da aplicação do MDAIF no potencial de saúde das famílias, identificando os ganhos em saúde sensíveis à intervenção dos enfermeiros, e aprofundar as categorias das dimensões do MDAIF (estrutural, desenvolvimento e funcional) nas suas vertentes de diagnóstico e de especificação de intervenções”. Este estudo integra a segunda etapa do projeto, enquadrando-se teoricamente neste último, pretendendo avaliar se a utilização do MDAIF por parte dos enfermeiros, no contexto de CSP, surte efeitos positivos nas famílias e nos utentes, gerando ganhos em saúde.

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Identificar as áreas de atenção avaliadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias de num ACeS da região Norte, de acordo com a matriz operativa do MDAIF;

- Identificar as necessidades das famílias num ACeS da região Norte em cuidados de enfermagem, considerando os diagnósticos propostos na matriz operativa do MDAIF;
- Identificar os ganhos em saúde produzidos pela implementação do MDAIF num ACeS da região Norte;
- Identificar as intervenções utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias num ACeS da região Norte.

O estudo encontra-se dividido em dois capítulos. O capítulo I refere-se ao enquadramento metodológico do estudo e o capítulo II refere-se à análise dos dados e discussão dos resultados obtidos, de acordo com os objetivos enunciados. No final, surge a conclusão e as sugestões para a continuidade do estudo.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Integrando, este estudo, o referido projeto de investigação Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários (ESEP, 2013), foi utilizada a mesma metodologia de Silva (2013), considerando os objetivos similares, descritos anteriormente.

1 - TIPO DE ESTUDO E VARIÁVEIS

O estudo é de natureza quantitativa, exploratório-descritivo.

De forma a dar resposta aos objetivos, e tendo como referencial teórico e 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 e animal doméstico;
- Dimensão de 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 serão as descritas no MDAIF, enquanto componentes do mesmo.

2 - POPULAÇÃO

Este trabalho foi realizado no contexto de um ACeS da ARS Norte, I.P., tendo tido como população alvo 22 enfermeiros de família, assim como as famílias que compõem a sua lista de utentes.

3 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

De forma a proceder à recolha dos dados, foi utilizada a matriz operativa do MDAIF. Os dados que foram recolhidos, referem-se às áreas de atenção presentes no MDAIF, estando conforme os documentos que aludem à avaliação e à intervenção nas famílias, às

Para esta recolha dos dados, foram utilizados os indicadores que estão definidos no projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, que operacionalizam as variáveis deste trabalho, que se traduzem nos rácios de avaliação dos enfermeiros, na prevalência de problemas nas famílias, e nos ganhos decorrentes da implementação do MDAIF. Estes indicadores, referentes às taxas de avaliação, taxas de prevalência e indicadores de resultado, são os indicados nos seguintes quadros.

Quadro 1 - Painel do resumo mínimo de dados do MDAIF - Taxas de avaliação

DIMENSÃO ESTRUTURAL
Nº. de famílias avaliadas em Edifício Residencial/Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias avaliadas em Rendimento Familiar /Nº total de famílias X 100
Nº. de famílias avaliadas em Precaução de Segurança /Nº total de famílias X 100
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
DIMENSÃO 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

DIMENSÃO FUNCIONAL

Nº. de famílias com membro dependente avaliadas em Papel Prestador 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 2 - Painel do resumo mínimo de dados do MDAIF - Taxas de prevalência

Nº. de famílias com Edifício residencial não seguro/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Edifício residencial negligenciado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Rendimento familiar insuficiente/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Precaução de segurança não demonstrada/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Abastecimento de água não adequado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com Animal doméstico negligenciado/Nº total de famílias X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal com Satisfação Conjugal não mantida/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal em idade fértil avaliadas com Planeamento Familiar não eficaz/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100

Nº. de famílias com subsistema conjugal com Adaptação à Gravidez não adequada/Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100

Nº. de famílias com subsistema parental com Papel Parental não adequado /Nº total de famílias com subsistema parental X 100

Nº. de famílias com membro dependente com Papel de Prestador de Cuidados não adequado PPCNA/Nº total de famílias com membro dependente 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 3 - Painel do resumo mínimo de dados do MDAIF - Ganhos em Saúde

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Edifício residencial/Nº total de famílias com Edifício residencial não seguro x 100

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 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

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 Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Sexual /Nº total de famílias com Interação Sexual não adequada
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Função Sexual /Nº total de famílias com Função Sexual comprometida 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 Fertilidade /Nº total de famílias com Fertilidade Comprometida x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento sobre vigilância

pré-concepcional /Nº total de famílias com Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Uso de contraceptivo /Nº total de famílias com Uso contraceptivo não adequado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento Reprodução /Nº total de famílias com Conhecimento Reprodução não demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Adaptação Gravidez /Nº total de famílias com Adaptação Gravidez não demonstrada x 100

- Nº de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento /Nº total de famílias com Conhecimento não demonstrado x 100
- Nº de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação /Nº total de famílias com Comunicação não eficaz x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos Adesão /Nº total de famílias com Comportamentos Adesão Não Demonstrado x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Parental /Nº total de famílias com Papel Parental não adequado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão /Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100
- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias com Saturação Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Papel Prestador Cuidados/Nº total de famílias com Papel Prestador Cuidados não demonstrado x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conhecimento do Papel /Nº total de famílias com Conhecimento do Papel não demonstrado x 100
 - Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comportamentos de Adesão /Nº total de famílias com Comportamento Adesão não demonstrado x 100
 - Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Consenso Papel /Nº total de famílias com Consenso Papel Não x 100
-

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Conflito Papel /Nº total de famílias com Conflito Papel Sim x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Saturação Papel /Nº total de famílias com Saturação Papel Sim x 100

Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Processo Familiar /Nº total de famílias com Processo Familiar Disfuncional x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Comunicação Familiar /Nº total de famílias com Comunicação Familiar não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Coping Familiar /Nº total de famílias com Coping Familiar não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias com Interação Papéis não eficaz x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Interação Papéis /Nº total de famílias com Interação Papéis conflitual x 100

- Nº. de famílias com diagnóstico positivado em Relação Dinâmica /Nº total de famílias com Relação Dinâmica Disfuncional x 100

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

3.1 - Instrumentos de recolha dos dados

Para a recolha de dados, foram utilizados os documentos provenientes do projeto de investigação Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários (ESEP, 2013). Foi utilizada a matriz operativa do MDAIF por parte dos enfermeiros, assim como os instrumentos e escalas de avaliação inerentes a esta última. Posteriormente, os enfermeiros utilizaram a grelha de avaliação para levantarem diagnósticos, planearem intervenções, e avaliarem os ganhos em saúde decorrentes do uso do MDAIF nas consultas de enfermagem que efetuaram, quer no contexto da unidade de saúde, quer no contexto domiciliário.

4 - PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E DE ANÁLISE DOS DADOS

Após a recolha de dados, estes foram inseridos numa base de dados em Excel, criada especialmente para o efeito. De seguida, foram calculados os indicadores referidos nas taxas de avaliação, taxas de prevalência e ganhos em saúde, conforme a descrição seguinte desse cálculo.

4.1- Taxas de avaliação

4.1.1 - Dimensão Estrutural

De forma a calcular as taxas de avaliação que dizem respeito à dimensão estrutural, o denominador utilizado foi o total de famílias intervencionadas, num total de 24. Para a seleção do numerador, foram utilizados os seguintes critérios:

- **Rendimento Familiar:** para a escolha deste numerador foi utilizado o número de famílias com avaliação do rendimento através da Escala de Graffar;
- **Edifício Residencial:** Este numerador foi escolhido entre as famílias que possuíam respostas na matriz operativa relativamente às questões no item edifício residencial, nomeadamente tipo de habitação e conhecimento sobre riscos de edifício residencial para o edifício residencial seguro/não seguro, e higiene da habitação para o edifício residencial não negligenciado/negligenciado;
- **Precaução de Segurança:** para a escolha deste numerador, considerou-se o número de famílias em que foi avaliado na matriz operativa o item do edifício residencial, aquecimento;

- Abastecimento de Água: para a escolha deste numerador, considerou-se o número de famílias em que foi avaliado na matriz operativa o item sistema de abastecimento;
- Animal Doméstico: para a escolha deste numerador, considerou-se o número de famílias em que foi avaliado na matriz operativa o item animal doméstico.

4.1.2 - Dimensão Desenvolvimento

Para calcular as taxas de avaliação da dimensão desenvolvimento, foi utilizado como denominador o número total de famílias com critérios para serem avaliadas nos subsistemas conjugal ou parental. Os critérios para a escolha do numerador foram:

- Satisfação Conjugal: para a escolha deste numerador, foram consideradas as famílias que foram avaliadas na matriz operativa no item satisfação conjugal;
- Planeamento Familiar: para a escolha deste numerador, foram consideradas as famílias que foram avaliadas na matriz operativa no item planeamento familiar;
- Adaptação à Gravidez: para a escolha deste numerador, foram consideradas as famílias que foram avaliadas na matriz operativa no item adaptação à gravidez;
- Papel Parental: para a escolha deste numerador, foram consideradas as famílias que foram avaliadas na matriz operativa no item papel parental, de acordo com a fase em que se encontravam, ou seja, família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

4.1.3 - Dimensão Funcional

De forma a calcular as taxas de avaliação da dimensão funcional, foi utilizado como denominador o número total de famílias com membro dependente, para o item papel de prestador de cuidados, assim como o total de famílias para o processo familiar. Os numeradores foram escolhidos segundo os seguintes critérios:

- Papel de Prestador de Cuidados: para a escolha deste numerador, foram consideradas as famílias com membro dependente, que foram avaliadas na matriz operativa no item papel de prestador de cuidados;
- Processo Familiar: para a escolha deste numerador, foram consideradas as famílias que foram avaliadas na matriz operativa no item processo familiar.

4.2 - Taxas de prevalência

A taxa de prevalência de cada problema identificado pelos enfermeiros, foi calculada utilizando como denominador o número total de famílias avaliadas em cada área de atenção. O numerador foi definido como o número total de famílias com diagnóstico negativo em cada área de atenção correspondente, de acordo com a grelha de avaliação que foi preenchida para cada família.

4.3 – Indicadores de resultado

De forma a calcular os indicadores de resultado, foi feita a relação entre os diagnósticos que inicialmente possuíam um juízo que traduzia a necessidade de implementação de intervenções de enfermagem e que passaram a ter juízo “positivo”, significando que após as intervenções dos enfermeiros houve mudança do estado diagnóstico, com aqueles que não tiveram mudança no diagnóstico, mesmo após as intervenções, permitindo assim conhecer a taxa de ganhos em saúde decorrente da aplicação do MDAIF nas famílias.

CAPÍTULO II – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo, pretendeu-se analisar e discutir os resultados obtidos pela aplicação do MDAIF às famílias, avaliando o seu impacto.

Inicialmente são apresentados os resultados, dividindo os dados e as áreas avaliadas no âmbito da matriz operativa do MDAIF, demonstrando as necessidades das famílias através da prevalência diagnósticas, assim como os ganhos em saúde obtidos e quais as intervenções de enfermagem associadas à obtenção desses ganhos.

1 - CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS E TAXAS DE AVALIAÇÃO, PREVALÊNCIA, GANHOS EM SAÚDE E DE UTILIZAÇÃO DE INTERVENÇÕES

Inicialmente será efetuada a caracterização das famílias (24) considerando o tipo de família, subsistemas familiares e ciclo vital, sistemas mais amplos, classe social e famílias com membro dependente. A segunda parte deste capítulo reporta-se às taxas de avaliação relativas às áreas de atenção do MDAIF, cuja análise e discussão é efetuada por dimensão: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

1.1 - Caracterização das famílias

Em relação ao tipo de família, nesta amostra (24) o tipo de família “Família Nuclear” é o mais representado, com 18 famílias com esta classificação num total de 24. Existem 3 famílias monoparentais lideradas pela mulher, 2 famílias reconstruídas e 1 família alargada.

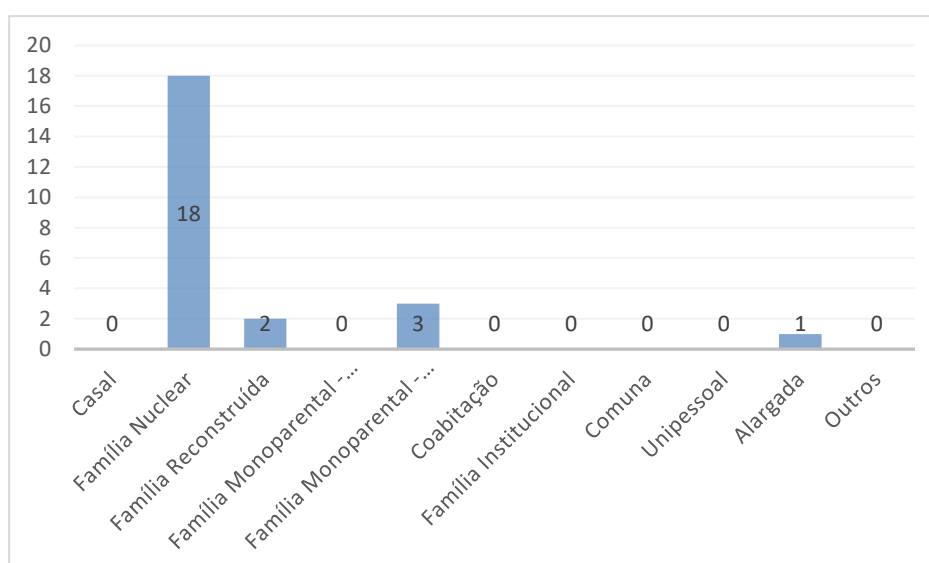


Figura 1 - Distribuição por tipo de família

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2017), em 2016 existiam 4.080.230 famílias clássicas em Portugal, sendo que a sua maioria, 1.447.809 eram famílias de casais com filhos, demonstrando que o tipo de família dominante verificada neste estudo, está de acordo com os dados estatísticos mais recentes.

Estes dados estão também em concordância com o encontrado por Silva (2013), no seu estudo inserido no projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários.

1.1.2 - Subsistemas familiares e ciclo vital

Nas 24 famílias avaliadas, em 21 registou-se a existência de um casal, sendo que nenhum destes casais estava em idade fértil ou atravessava uma fase de gravidez. As 3 famílias em que não se verificou a existência de um casal, foram as 3 famílias monoparentais já identificadas no tipo de família.

No que concerne à existência de subsistema parental, este existe em 21 dos casos estudados, 87% do total, sendo que em 12 famílias, os filhos já saíram de casa.

No que se refere à família extensa, este dado foi avaliado em 19 das 24 famílias. No que concerne ao tipo de contacto, verificou-se que em todos os casos, existia contacto pessoal. Já o tipo de contacto telefónico, estava presente em 47% das ocasiões, ocorrendo em 9 vezes no total de 19. No tipo de contacto por carta ou e-mail, apenas 11% o utilizavam, num total de 2. Quanto a outro tipo de contacto da família extensa, apenas foi relatado por 5% da amostra, no total de 1 caso.

Quanto à intensidade do contacto com a família extensa, foi constatado que em 47% dos casos, este último era diário. A frequência semanal do contacto ocorre em 37% dos casos. Estes dois últimos graus de intensidade são os mais comuns. A intensidade de contacto quinzenal ocorre em 5% dos casos, enquanto que a intensidade mensal não ocorre em nenhum caso. Por último, outro tipo de intensidade de contacto ocorre em 11% dos casos, 2 no total.

No que concerne à função das relações da família extensa com os membros das famílias e/ou a família, no seu todo, foram avaliadas 18 famílias. Conforme se verifica na figura 2, as funções são predominantemente de apoio emocional, que existia como função da relação da família extensa em 67% das situações, e eram de companhia social em 61% dos casos avaliados. Em relação à ajuda de material e de serviço como outra das funções de relação da família extensa, esta surge em 56% das situações, e em 28% dos casos, as relações da família extensa tinham como função guia cognitivo e conselhos. A regulação social surge como função das relações da família extensa em apenas 6% dos casos estudados. Por último, a função acesso a novos contatos ocorre em 6% dos casos estudados.

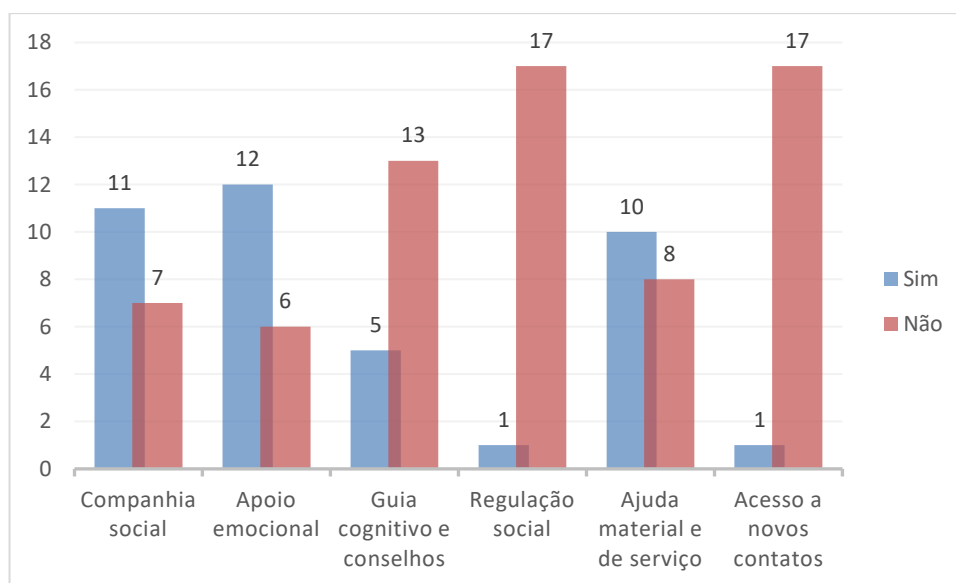


Figura 2 – Distribuição por função das relações

A entajuda familiar relaciona-se com a integridade familiar, e influencia o caminho que a família segue na forma como se relaciona ao longo dos seus processos de transição (Marques e Sousa, 2012). Por este motivo, a função das relações tem relevância para os enfermeiros que cuidam de famílias, de forma a que possam potenciar as sinergias existentes em cada família.

No que se refere à etapa do ciclo vital familiar, existem 5 famílias com filhos na escola, 4 com filhos adolescentes e 12 com filhos adultos (Figura 3) verificando-se a ausência de famílias em fase de formação do casal, assim como famílias com filhos pequenos. Estes dados são sobreponíveis aos encontrados por Silva (2013).

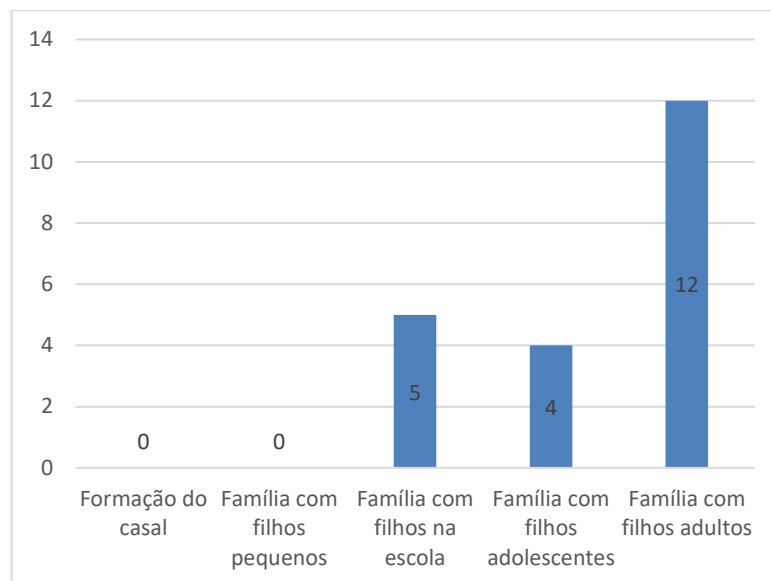


Figura 3 – Distribuição por etapa do ciclo vital familiar

Ainda que a amostra não seja representativa da população portuguesa, estes resultados confirmam a tendência atual da distribuição da população, quer no que diz respeito ao envelhecimento, quer no que se refere à relação entre o número de crianças e idosos. As famílias com filhos adultos são a maioria neste estudo, tal como se tem verificado a nível nacional, decorrente do aumento do índice de envelhecimento da população portuguesa, que se situava em 147 em 2015, com impacto significativo no índice de sustentabilidade, que no mesmo ano se situava em 315 (INE, 2017).

1.1.3 - Sistemas mais amplos

São diversos os sistemas mais amplos com os quais as famílias interagem, traduzindo uma rede social, primária e secundária considerada ampla e heterogénea. No que se refere aos serviços de saúde, estes constituem-se como suporte social em 13 (68%) das famílias avaliadas, correspondendo o total a 24 (100%). Em 32% (6) dos casos, os vizinhos são identificados como um sistema importante para as famílias, assim como os amigos, que são referidos como um dos sistemas mais amplos para 32% (5) das famílias avaliadas. A ligação a sistemas mais amplos religiosos, ocorreu em 21% (4) das famílias, e a ligação ao trabalho

ocorre em 17% (3) dos casos estudados. Já a ligação a instituições de ensino, está presente em 16% (3) das situações avaliadas, e as atividades de lazer e de cultura são referidos por 11% das famílias (2). Verifica-se que os sistemas mais amplos IPSS, não é referido como presente em nenhuma das famílias. Em 37% (7) dos casos, foram referidos outros tipos de sistemas mais amplos, como por exemplo, estabelecimentos comerciais.

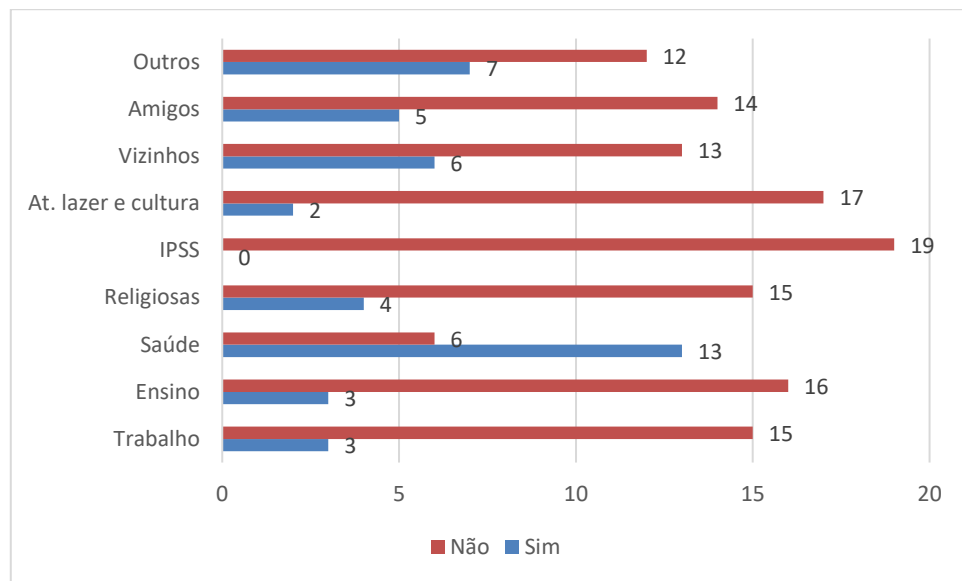


Figura 4 – Distribuição por sistemas mais amplos

O suporte e interajuda familiar, é uma atividade de grupos ou indivíduos, que visa providenciar suporte aos membros da família. Assim, o principal objetivo do suporte familiar é diminuir o stresse e promover competências, verificando-se ganhos na própria família e nas suas inter-relações (Anderson et al, 2005).

1.1.4 - Classe social

A classificação da classe social foi obtida em 20 das famílias avaliadas. A classe IV (média-baixa) verificou-se em 50% dos casos em estudo, num total de 10 famílias. A classe III (média) estava representada em 40% das situações, com 8 famílias, sendo que a classe II

(média-alta) foi identificada em 10% dos casos, num total de 2 famílias. Nenhuma das famílias foi classificada como classe I (alta) ou classe V (baixa).

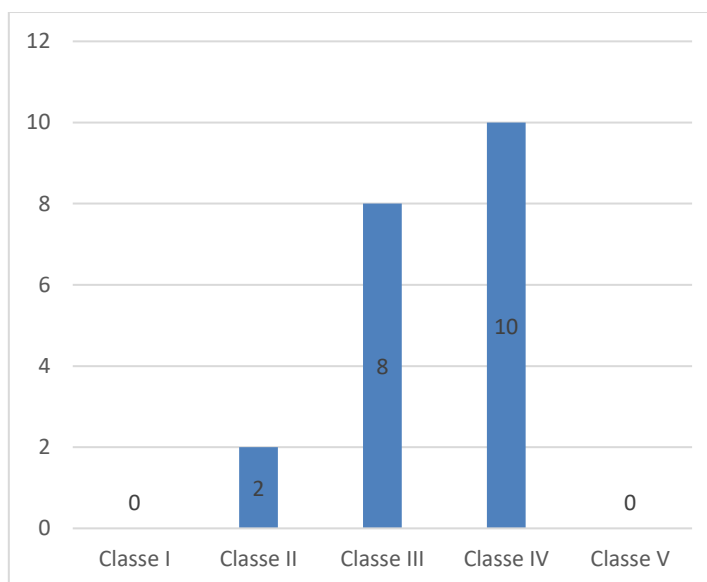


Figura 5 – Distribuição por classe social

A classe social permite perceber o nível de rendimentos da maior parte das famílias em estudo, sendo esta maioria cabe à classe IV, em que este último é baixo.

As políticas em saúde necessitam de ter isto em consideração, de forma a entenderem as barreiras que estas famílias de baixos rendimentos enfrentam no acesso *a saúde. Ter algum tipo de assistência não assegura acesso, e acesso a cuidados básicos não garante que recebem todos os cuidados necessários (DeVow & al, 2007).

1.1.5 - Famílias com membro dependente

Das famílias avaliadas relativamente à existência de membro dependente (23), verificou-se um total de 7, correspondendo a 30% das famílias, com membro dependente, conforme a figura 6:

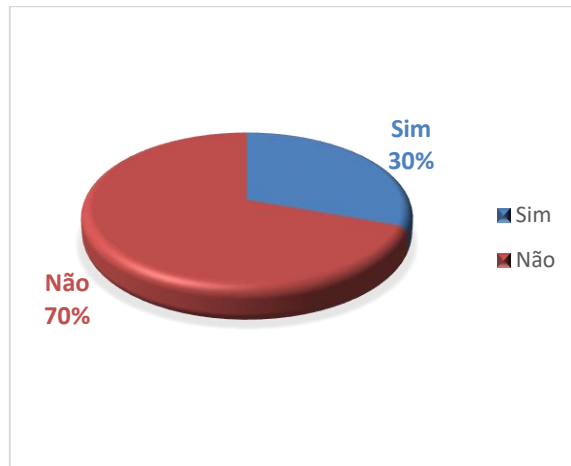


Figura 6 – Distribuição por famílias com membro dependente

Destas 7 famílias, os seus membros são dependentes, na sua totalidade, no autocuidado higiene, no autocuidado vestuário, assim como no autocuidado gestão do regime terapêutico. No autocuidado ir ao sanitário, 86% dos elementos eram dependentes, e verificou-se que 86% necessitava de ajuda no autocuidado atividades de lazer. Também no autocuidado autovigilância, 86% necessitava de apoio, e no autocuidado medicamentos, também 86% era dependente. No autocuidado comer, 71% dos membros dependentes necessitavam de ajuda, sendo esta a mesma proporção dos que precisavam desta última no autocuidado beber. Também no autocuidado sono-reposo, 71% necessitavam de apoio. No. Constatou-se também que 71% era dependente no autocuidado atividade física.

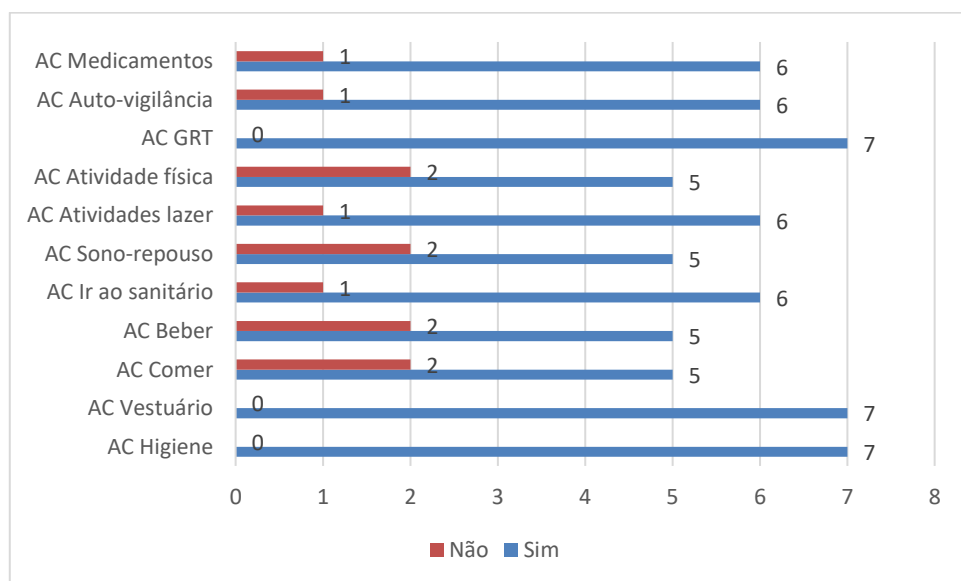


Figura 7 – Distribuição por dependência no auto-cuidado

Nas famílias avaliadas quanto à presença de membro dependente, avaliou-se também se o prestador de cuidados seria um membro da família, um membro da família extensa, um vizinho, um ajudante de saúde, ou outro. Em todos os casos, verificou-se que o prestador de cuidados era um membro da família em estudo.

Tem ocorrido um grande aumento na população idosa, particularmente no último século, que por sua vez implica mudanças nas sociedades, e conseqüentemente nas políticas em saúde. No entanto, pouca atenção tem sido dada no sentido de identificar os fatores que podem contribuir para um envelhecimento positivo (Rodrigues & al, 2014).

Já os governos e instituições necessitam de se preparar para lidar com as carências futuras decorrentes deste fenômeno, com soluções que permitam dar resposta a este último (Arango & Peláez, 2012).

A prevalência de membros dependentes nas 24 famílias avaliadas demonstra a realidade deste envelhecimento que se traduz em necessidades aumentadas.

As doenças crônicas sofrem por isso um aumento, decorrente do envelhecimento populacional. A morbidade traduz-se não só em níveis altos de mortalidade, mas também provocando incapacidade nos adultos mais velhos (Rodriguez-Ábrero & al, 2014).

Em Portugal, este aumento da população idosa também se verifica, potenciando o aparecimento de dependências dos elementos mais velhos da população, criando necessidades nas famílias. Segundo dados do INE (2017), o envelhecimento demográfico em Portugal continuará a aumentar, apenas estabilizando daqui a 40 anos, quando a população total do país se situar nos 7,5 milhões de pessoas, sendo que em 2080 o índice de envelhecimento passará de 147 idosos por cada 100 jovens, para 347 idosos por cada 100 jovens. Aliás, segundos dados do Pordata.com (2017), esta tendência já pode ser verificada em Portugal desde o ano 1960.

1.2 - Taxas de avaliação

De seguida, serão apresentadas as taxas de avaliação familiar em relação às várias áreas de atenção do MDAIF, pretendendo analisar estes resultados e discuti-los considerando as áreas mais e menos avaliadas pelos enfermeiros.

As áreas planeamento familiar e adaptação à gravidez não foram avaliadas em nenhuma família, por nenhuma se encontrar em alguma dessas etapas ou planear ter filhos.

1.2.1 - Dimensão estrutural

No que se refere aos dados avaliativos que integram esta dimensão: composição familiar; família extensa; sistemas mais amplos e classe social, verifica-se, de acordo com a figura 8, que a maior taxa refere-se à avaliação da composição familiar.

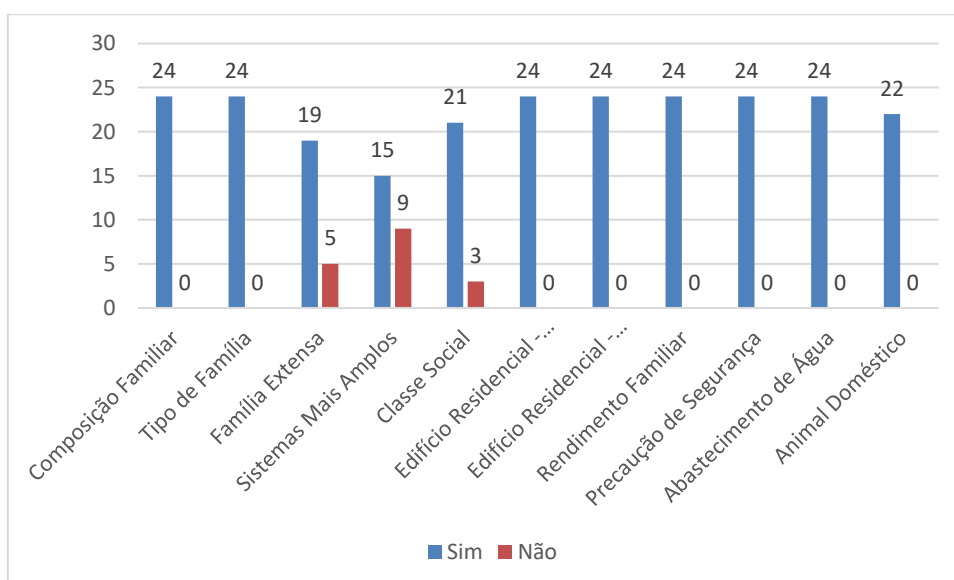


Figura 8 – Taxas de avaliação da dimensão estrutural

No que diz respeito às áreas de atenção, todas as famílias (24) foram avaliadas em composição familiar, tipo de família, edifício residencial, rendimento familiar, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico, sendo que neste último caso apenas foi aplicável a 22 das famílias. A classe social foi avaliada em 21 das 24 famílias, a família extensa em 19, e os sistemas mais amplos em 15.

O ciclo vital da família é de particular relevo para os enfermeiros de saúde familiar, uma vez que a sua identificação permite uma melhor compreensão contextual da família, ajudando nas tomadas de decisão posteriores em relação às áreas prioritárias a avaliar e interencionar (Figueiredo et al, 2010).

1.2.2 - Dimensão de desenvolvimento

Na dimensão de desenvolvimento, foi avaliada a satisfação conjugal e o papel parental, sendo estas as áreas de atenção ajustadas às características das famílias. Esta dimensão refere-se à compreensão do crescimento da família, de uma forma processual e contextual, permitindo a execução de cuidados antecipatórios, promovendo assim a capacitação da família para os desafios atuais e futuros (Figueiredo, 2012).

Em relação à satisfação conjugal, das 21 famílias com o subsistema, foram avaliados cinco aspetos: relação dinâmica, comunicação, interação sexual e função sexual.

A relação dinâmica foi avaliada em 95% dos casos. Já a comunicação do casal foi avaliada também em 95% das situações. A interação sexual do casal teve uma taxa de avaliação de 86%, enquanto que a função sexual foi o aspeto menos avaliado da satisfação conjugal, com uma taxa de avaliação de 76%.

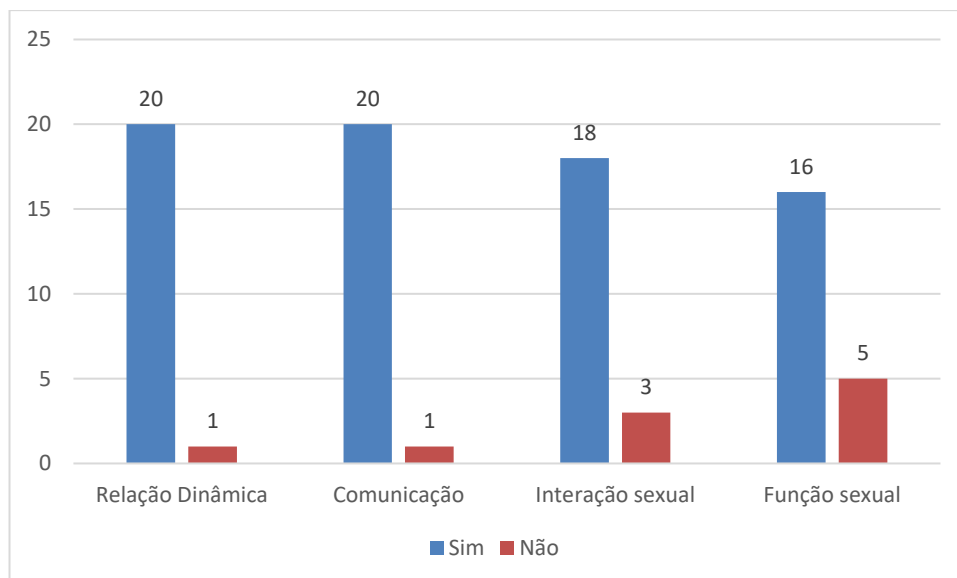


Figura 9 – Taxas de avaliação da satisfação conjugal

A avaliação da interação e função sexual têm benefícios na resolução dos problemas que possam existir na satisfação conjugal. Por outro lado, as intervenções que melhorem a relação do casal, têm o potencial de melhorar os problemas de origem sexual que existam (McNulty et al, 2016). Esta relação recíproca pode e deve ser aproveitada, de forma a potenciar os ganhos em saúde nesta área.

Foram avaliadas as 21 famílias com subsistema parental, nomeadamente no que concerne ao conhecimento do papel, aos comportamentos de adesão, à adaptação da família à escola, e ao consenso, conflitos e saturação do papel.

Em relação ao conhecimento do papel, a taxa de avaliação foi de 100%. Também os comportamentos de adesão no papel parental, tiveram uma avaliação de 100% dos casos. O consenso do papel parental teve uma taxa de avaliação de 100%, assim como o conflito do papel, também com uma taxa de avaliação de 100%. A saturação do papel também foi avaliada em 100% dos casos, enquanto que a taxa de avaliação da adaptação da família à escola, foi de 95%.

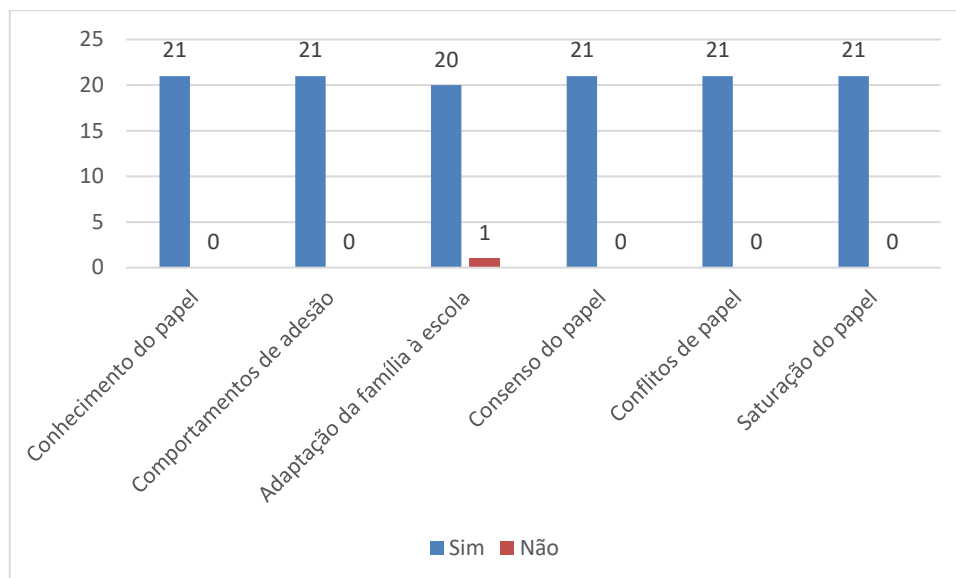


Figura 10 – Taxas de avaliação do papel parental

O papel parental influencia os restantes processos familiares, particularmente quando ocorrem problemas que o tornem não adequado. Pode diminuir o tempo disponível para o casal, para a restante família e influenciar negativamente a vida social (Whiting, 2014). Neste sentido, a intervenção no papel parental quando este não é adequado, poderá, por si só, ajudar a resolver outros problemas identificados na família.

1.2.3 - Dimensão funcional

Na dimensão funcional, foi avaliado o papel de prestador de cuidados e o processo familiar.

O papel de prestador de cuidados foi avaliado em todas as famílias com membro dependente, num total de 7. Foram avaliados o conhecimento do papel, os comportamentos de adesão, e o consenso, conflitos e saturação do papel.

No que se reporta às dimensões desta área de atenção, verifica-se pela figura 11 que o conhecimento do papel foi avaliado em 100% dos casos. A avaliação dos comportamentos de adesão ocorreu também em todas as 7 situações, ocorrendo o mesmo com o consenso

do papel, com uma taxa de avaliação de 100%. A taxa de avaliação dos conflitos de papel foi de 100%, assim como a saturação do papel, que foi avaliada em todos os casos estudados.

A avaliação do papel de prestador de cuidados, permite um maior conhecimento ao enfermeiro sobre o cuidador e o que esperar deste. Os membros dependentes das famílias, têm mais riscos de ficarem sem cuidados, se o cuidador informal for o marido ou um filho, comparativamente se for a esposa ou uma filha. Particularmente neste último cenário, filha como cuidadora, as probabilidades de o membro dependente ficar sem cuidados são as menores (Allen et al, 2012).

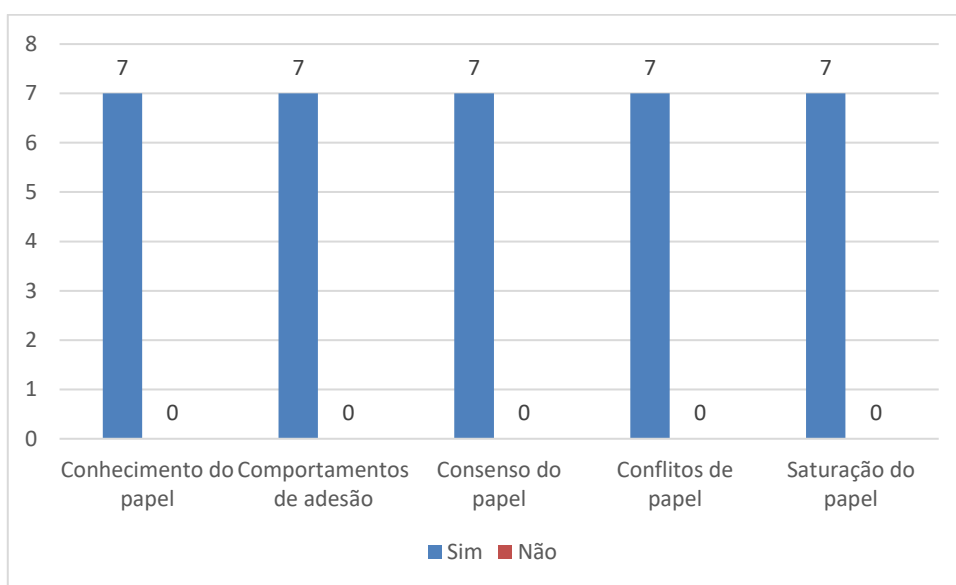


Figura 11 – Taxas de avaliação do papel de prestador de cuidados

O processo familiar foi avaliado em 21 famílias. Foi avaliada a comunicação familiar, o coping familiar, os papéis familiares e a relação dinâmica.

Em relação à comunicação familiar, esta foi avaliada em 95% das 21 famílias. A avaliação dos papéis familiares foi de 95%, e a relação dinâmica foi avaliada em 20 das famílias, com uma taxa de 95%. O coping familiar, teve uma taxa de avaliação mais baixa que os itens anteriores, com 90% das famílias avaliadas.

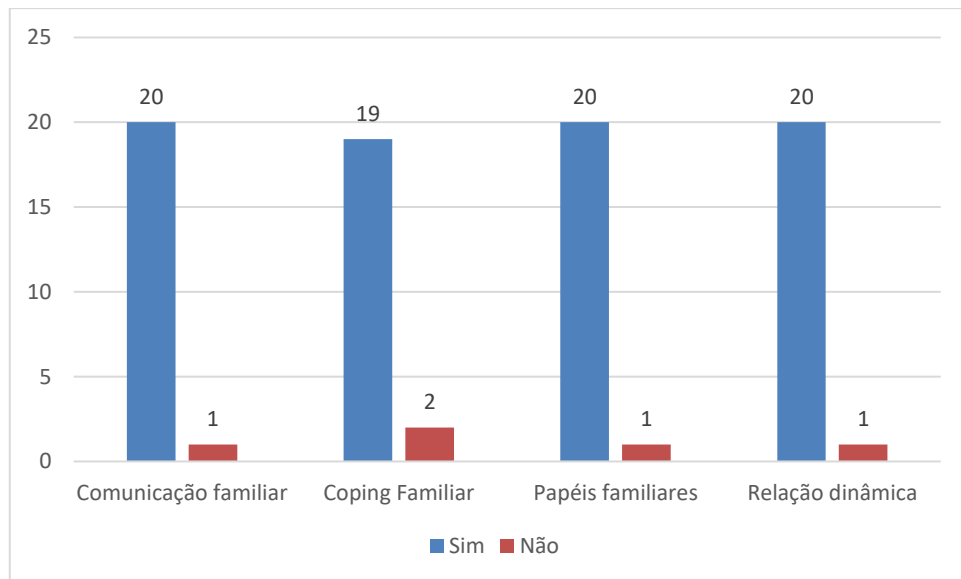


Figura 12 – Taxas de avaliação do processo familiar

Ainda no processo familiar, foram avaliadas as crenças familiares. Estas dividem-se em crenças religiosas, crenças espirituais, crenças de valores, crenças culturais e crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde.

As crenças religiosas foram as mais avaliadas, com 33% das famílias em estudo avaliadas quanto a este item. As crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde, teve uma taxa de avaliação de 4%, com um caso avaliado no total de 24.

As restantes crenças não foram avaliadas pelos enfermeiros.

As crenças influenciam a família, particularmente no que se refere aos processos de doença, sejam as crenças relacionadas com a natureza, a etiologia, o tratamento ou o prognóstico, podendo afetar o controlo e as competências da família (Charepe, Figueiredo, 2011), sendo por isso importante para os enfermeiros de saúde familiar, conhecerem as crenças das famílias que tratam.

1.3 - Taxas de prevalência

As taxas de prevalência referem-se às áreas de atenção avaliadas pelos enfermeiros, em que poderá haver necessidade de intervenção.

1.3.1 - Dimensão estrutural

Na dimensão estrutural, no que se reporta ao edifício residencial, a taxa de prevalência foi de 25%, significando que das 24 famílias avaliadas nesta área de atenção, 6 requerem intervenções de enfermagem. Já no rendimento familiar, em metade dos casos, havia necessidade de intervenção.

No que concerne ao item animal doméstico, encontrava-se comprometido em 32% das famílias avaliadas. O abastecimento de água estava comprometido em 17% das habitações. Já as necessidades de precaução de segurança, estas foram de apenas 8%.

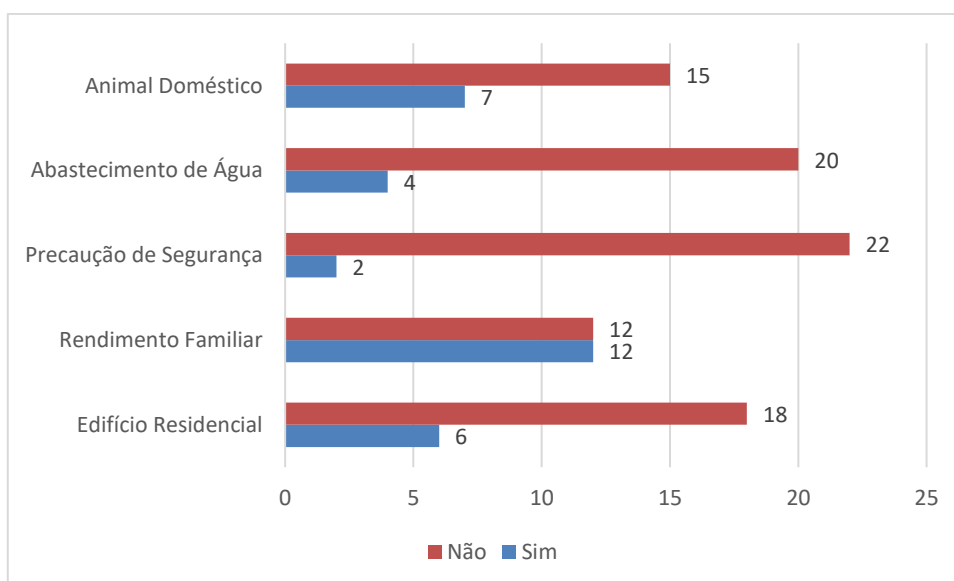


Figura 13 - Taxas de prevalência na dimensão estrutural

O conhecimento dos problemas na dimensão estrutural, permitem ao enfermeiro planejar de forma eficaz os seus cuidados, uma vez que a ação sobre, por exemplo, o edifício residencial e o rendimento familiar, não são simples de executar. As redes sociais e de solidariedade não são tão abundantes ou eficazes, de forma a suprimir as necessidades encontradas nesta área (Vasconcelos, 2002). Por isto, perceber a prevalência das áreas avaliadas na dimensão estrutural é útil, no sentido de permitir ao profissional de saúde focar os seus esforços naquilo que será mais produtivo, no que se refere aos cuidados à família.

1.3.2 - Dimensão de desenvolvimento

No que se refere à dimensão do desenvolvimento, a avaliação da satisfação conjugal identificou necessidades de intervenção em 65% das famílias. Mais especificamente, a relação dinâmica necessitava de intervenção em 40% das situações. Já a comunicação do casal requeria atenção em 35% das famílias avaliadas. Em 17% dos casos, a interação sexual do casal necessitava de atenção por parte do enfermeiro e função sexual foi identificada como área a intervir em 6% dos casos.

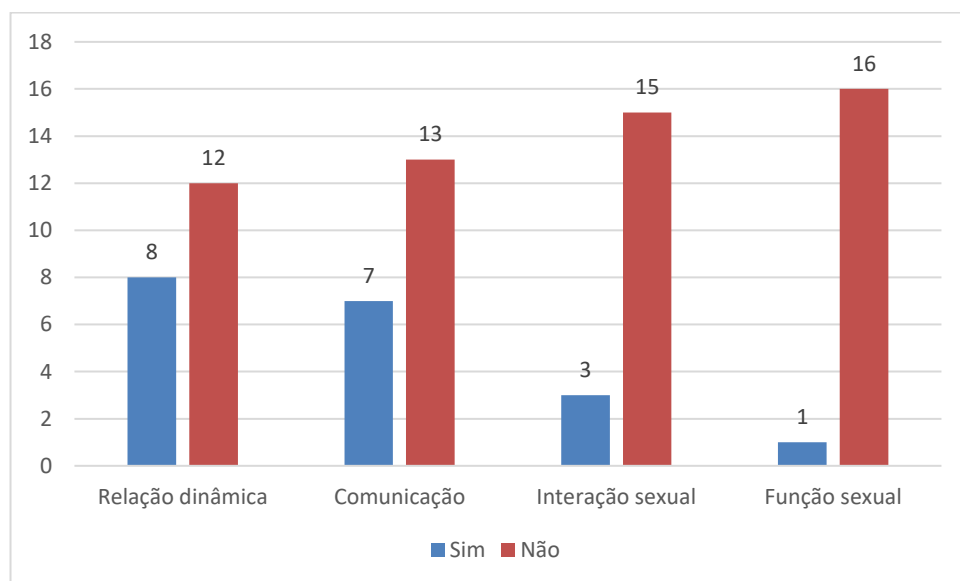


Figura 14 - Taxas de prevalência na satisfação conjugal

Os problemas de índole sexual, seja a interação ou a função, influenciam a satisfação conjugal do casal no seu todo (Pintado, 2016). Neste sentido, e apesar da por vezes ser difícil abordar o casal quanto às questões sexuais, a resolução de problemas que possam existir nesta área tem o potencial de melhorar de forma significativa a relação do casal, o que poderá se repercutir de forma positiva noutras áreas da família.

Nas famílias em que existia papel parental (21), foram identificadas necessidades de intervenção em 48% das famílias. Em relação a comportamentos de adesão, 24% das famílias com papel parental necessitavam de atenção por parte dos enfermeiros. No que se refere ao conhecimento do papel no papel parental, 14% das famílias necessitavam de intervenção. Verificou-se também que a adaptação da família à escola necessitava de intervenção em 10% das famílias. A saturação do papel no papel parental ocorreu em 10% das situações. O consenso do papel no papel parental, apresentou uma necessidade de intervenção em 5% dos casos e os conflitos de papel estavam presentes em 5% das famílias.

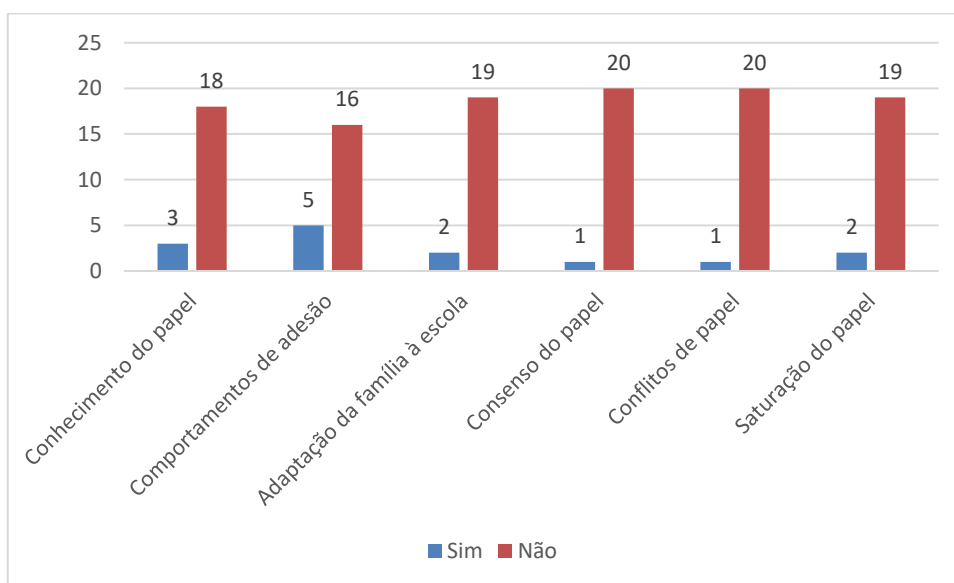


Figura 15 - Taxas de prevalência no papel parental

Os problemas que possam ser identificados no papel parental, afetam não só a família como um todo, como podem influenciar negativamente os filhos, levando a problemas individuais nestes, particularmente quando os pais entram em conflito no papel parental em relação às decisões referentes aos filhos (Chen, Johnston, 2012). Assim sendo, tornam-se importantes as intervenções que visem a normalização do processo do papel parental.

1.3.3 - Dimensão funcional

Na dimensão funcional, nas famílias em que estava presente o papel de prestador de cuidados, 57% dos casos careciam de atenção por arte de enfermagem, conforme a figura 16:

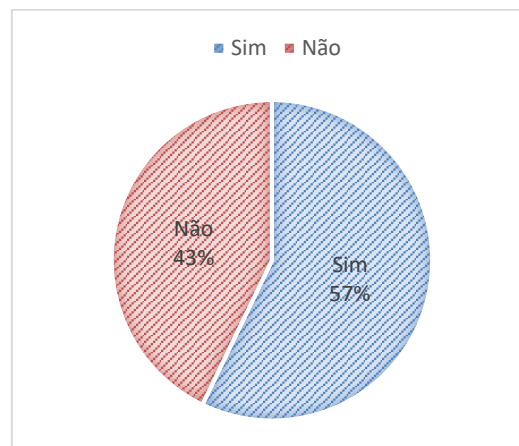


Figura 16 - Distribuição por papel de prestador de cuidados

Dentro desta realidade, podemos verificar mais especificamente onde estavam as necessidades. O conhecimento do papel requeria intervenção em 43% das situações. Na mesma medida, a saturação do papel estava presente em 43% dos casos. Os comportamentos de adesão, o consenso do papel e os conflitos de papel não necessitavam de atenção por parte dos enfermeiros.

A própria família é a principal prestadora de cuidados aos seus elementos dependentes. Geralmente, o cuidador familiar não tem formação na área da saúde, nem recebe compensação pelo papel que desempenha, passando grande parte do tempo que têm disponível com a pessoa que está ao seu cuidado (Martinez & al, 2016).

Por este motivo, é natural ocorrerem prevalências de necessidades do papel de prestador de cuidados como aqui foi demonstrado.

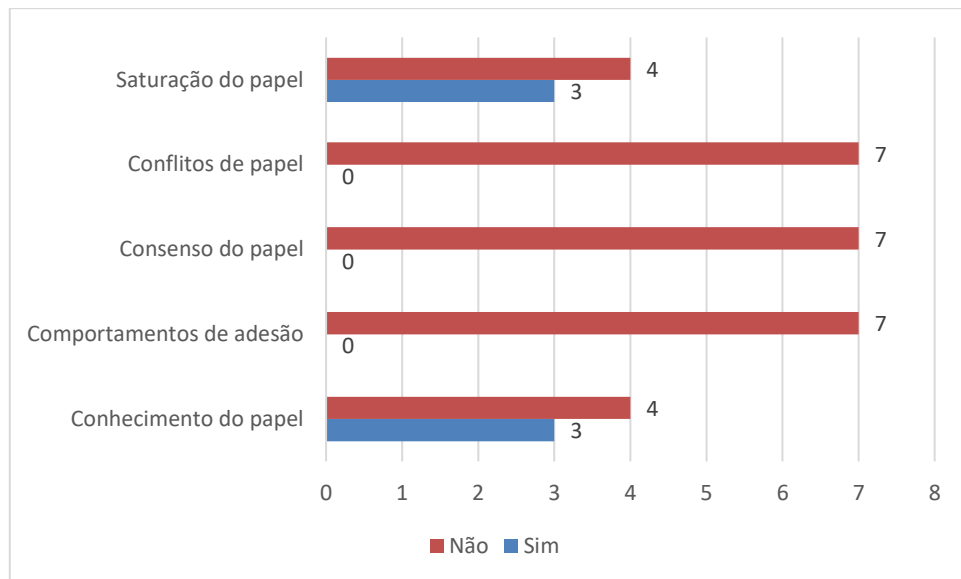


Figura 17 - Taxas de prevalência no papel de prestador de cuidados

No papel de prestador de cuidados, como já referido, existe uma relação entre quem é o cuidador informal e a possibilidade do membro dependente ficar sem cuidados. Para além do que já foi referido, pode ainda ser acrescentado que os membros dependentes que são cuidados por pessoas que não pertencem à família, têm mais hipóteses de virem a ser alvo de cuidados por cuidadores formais, para além de terem um maior risco de morte num período de dois anos (Allen et al, 2012).

No que se refere ao processo familiar, em todas as famílias avaliadas, o processo familiar foi identificado como uma área a ser abordada em 30% dos casos, segundo a figura 18:

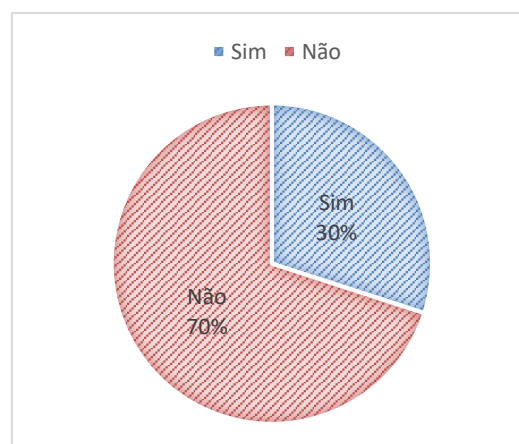


Figura 18 - Distribuição por processo familiar

Mais concretamente, foi verificado que a comunicação familiar necessitava de intervenção em 30% das famílias. Já os papéis familiares apresentaram uma taxa de prevalência de 14%. O coping familiar foi identificado pelos enfermeiros como área de atenção em 5% dos casos. Por último, na relação dinâmica, as famílias careciam de atenção em 5% das situações.

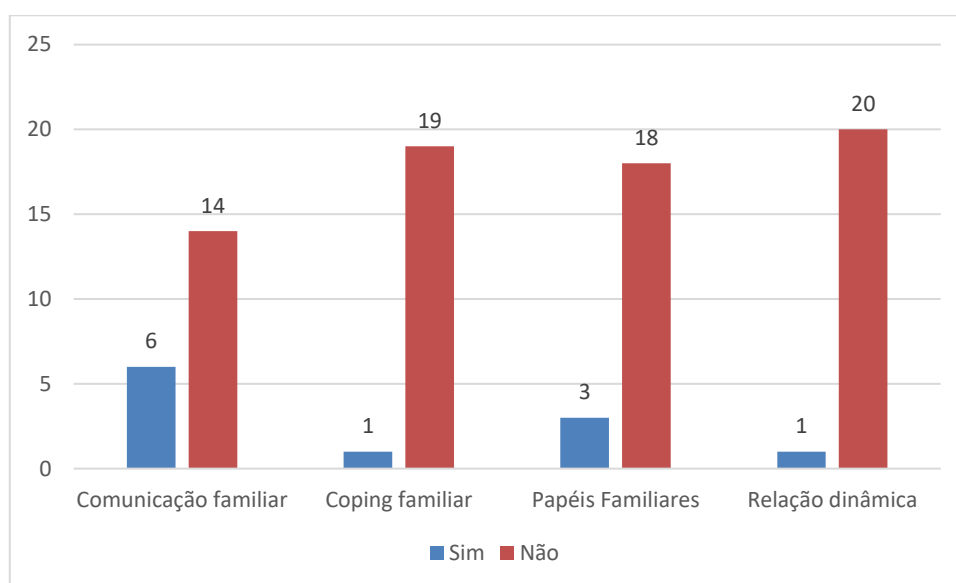


Figura 19 - Taxas de prevalência no processo familiar

O funcionamento da família, e o seu processo familiar, são importantes para a obtenção de resultados de ganhos em saúde, mesmo noutras áreas de avaliação. Os cuidados em família, com a potenciação das suas competências, permitem melhor tratamento e resolução de situações de doença num ou mais membros da família (Chesla, 2010).

1.4 - Taxas de ganhos em saúde

Os ganhos em saúde traduzem os benefícios das intervenções de enfermagem nas áreas e nas famílias que anteriormente foram identificadas com necessidades de atenção.

1.4.1 - Dimensão estrutural

Na dimensão estrutural, a melhoria da precaução de segurança teve uma taxa de sucesso de 100%, tendo em conta que em apenas uma família houve necessidade de intervenção. O item animal doméstico obteve uma taxa de ganhos em saúde de 86%, enquanto que em 4 situações que necessitavam de atenção no abastecimento de água, 75% foram resolvidas. O item edifício residencial demonstrou que em 57% das famílias existiram ganhos em saúde. Por último, no rendimento familiar, a taxa de sucesso foi de 8%, num total de 12 famílias intervencionadas.

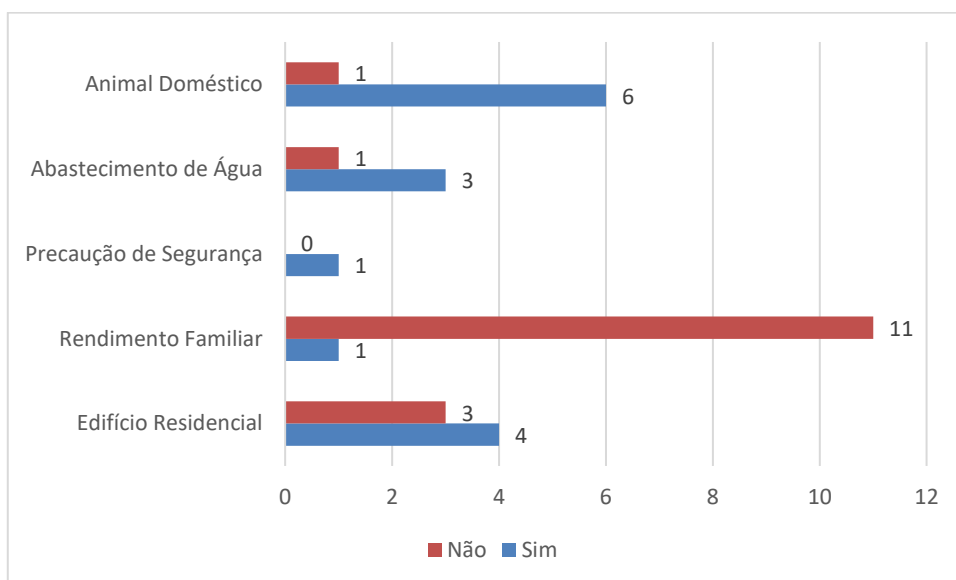


Figura 20 - Taxas de ganhos em saúde na dimensão estrutural

O facto de o item animal doméstico ter sido aquele que em termos totais, viu o maior número de casos evidenciar ganhos, poderá estar relacionado com o desconhecimento por parte das famílias das necessidades de vacinar e desparasitar os animais, sendo que quando confrontadas com a situação, a procuram resolver. Já o rendimento familiar foi o item que menos ganhos evidenciou em termos totais. Aqui, poderá prender-se com o facto de que a maior parte dos diagnósticos de rendimento familiar insuficiente decorrerem da classe social, não sendo possível ao enfermeiro de família conseguir ajudar para além da gestão dos

recursos ou dos apoios sociais, quando estes já estão a ser usados, mas o rendimento familiar mantém-se insuficiente para fazer face às necessidades.

Estes resultados são parcialmente diferentes do estudo de Silva (2013). Se no edifício residencial os resultados são sobreponíveis, a área animal doméstico foi onde ocorreram menos ganhos neste referido estudo. Já no rendimento familiar, a taxa de ganhos foi superior.

1.4.2 - Dimensão de desenvolvimento

No que se refere à dimensão de desenvolvimento, na satisfação conjugal foram identificadas 13 famílias com necessidade de intervenção. A taxa de sucesso dessas intervenções foi de 62%. Na comunicação, a taxa de melhoria foi de 71%, num total de 7 casos intervencionados. No que concerne à relação dinâmica da satisfação conjugal, a taxa de ganhos em saúde foi de 56%. Nos 3 casos em que foi necessário abordar a interação sexual, houve ganhos em saúde em um, e na função sexual foi intervencionado 1 caso, que evidenciou ganhos em saúde.

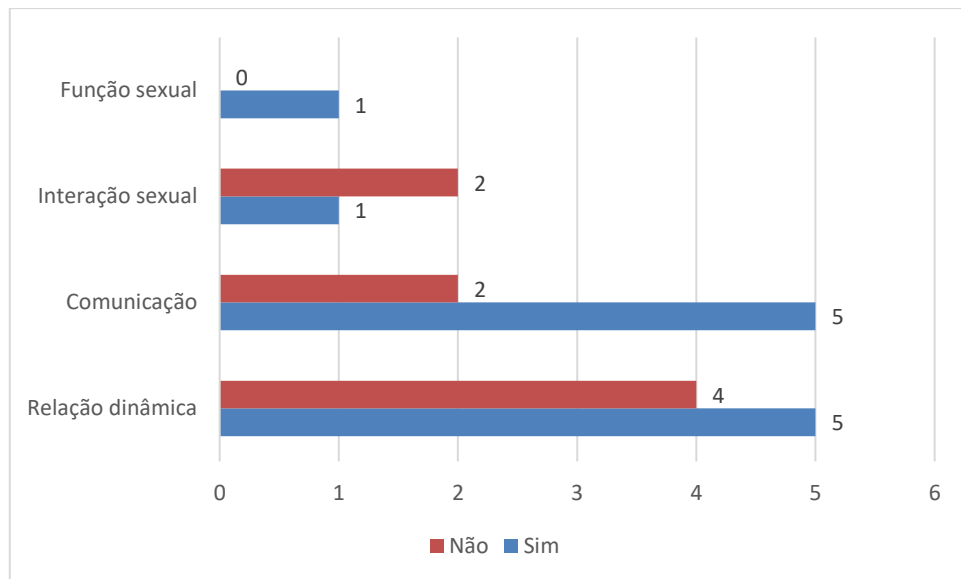


Figura 21 - Taxas de ganhos em saúde na satisfação conjugal

O tipo de relação entre os casais, e a forma como isso influencia a sua comunicação, poderá estar no centro do motivo pelo qual as maiores necessidades na satisfação conjugal, estavam relacionadas com a comunicação e a relação dinâmica. Também ser possível que a mediação dos enfermeiros, decorrente das intervenções realizadas, permitiram um melhor entendimento entre os membros do casal, levando aos ganhos em saúde nesta área. Já na área sexual, possivelmente a dificuldade em abordar abertamente os tópicos, por parte do casal, poderá levar a que os ganhos não sejam tão expressivos, como aconteceu com a interação sexual. Estes resultados são sobreponíveis com aqueles que Silva (2013) encontrou, no que se refere à satisfação conjugal.

No papel parental, em 10 famílias houve necessidade de realizar intervenções. Em 6 dessas famílias ocorreram ganhos em saúde, de acordo com a figura 22:

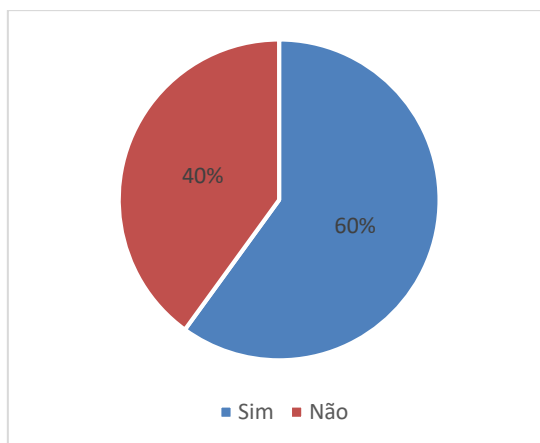


Figura 22 - Distribuição por papel parental

Das necessidades existentes no conhecimento do papel no papel parental, 100% foram suprimidas. Já na adaptação da família à escola, houve 100% de ganhos em saúde nos casos identificados. Nos comportamentos de adesão, 3 famílias em 5 demonstraram ganhos em saúde. Na saturação do papel verificou-se 50% dos casos com ganhos em saúde. No consenso do papel havia 1 caso que necessitava de atenção. Não ocorreram ganhos em saúde após as intervenções. Da mesma forma, a família que necessitava de intervenção ao nível dos conflitos de papel no papel parental, não apresentou ganhos em saúde.

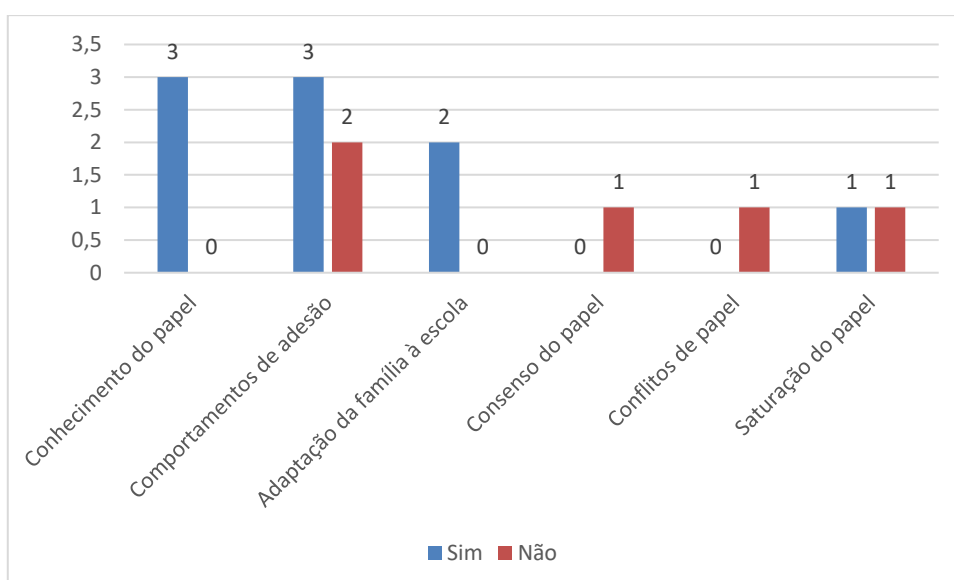


Figura 23 - Taxas de ganhos em saúde no papel parental

O consenso e os conflitos do papel foram as áreas do papel parental que não viram ganhos em saúde. Tal poderá decorrer da incapacidade do casal em encontrar estratégias que permitam a resolução destes problemas, associado ao facto de que as intervenções executadas pelos enfermeiros não surtiram efeito. Já no conhecimento do papel, os ganhos foram de 100% dos casos em necessidades nessa área, podendo este número advir do interesse natural que os casais têm, no que concerne à vontade de conhecer a melhor maneira de ser pai e mãe.

Estes resultados são sobreponíveis aos de Silva (2013) nos comportamentos de adesão, e parcialmente no conhecimento do papel. No consenso, conflito e saturação do papel, no estudo referido os ganhos foram maiores.

1.4.3 - Dimensão funcional

No papel de prestador de cuidados, existiam 4 famílias a necessitarem de intervenções por parte dos enfermeiros. Dessas 4 famílias, 2 viram ocorrer ganhos em saúde decorrentes dessas mesmas intervenções.

De acordo com as taxas de prevalência neste item, não houve necessidade de intervir nos comportamentos de adesão, o consenso do papel e os conflitos de papel no papel de prestador de cuidados.

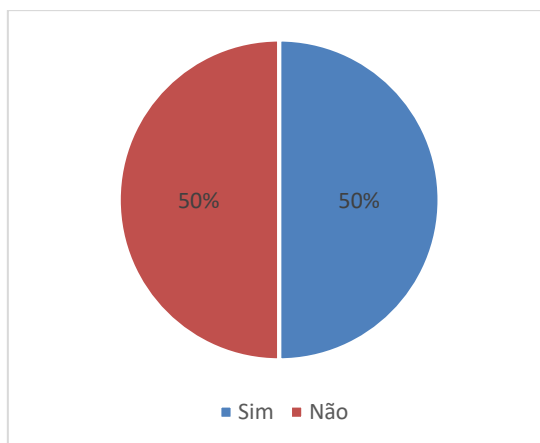


Figura 24 - Distribuição por papel de prestador de cuidados

No conhecimento do papel ocorreram ganhos em saúde em 100% dos casos. Na saturação do papel, havia necessidade de intervenção em 3 famílias. Em uma houve ganhos em saúde.

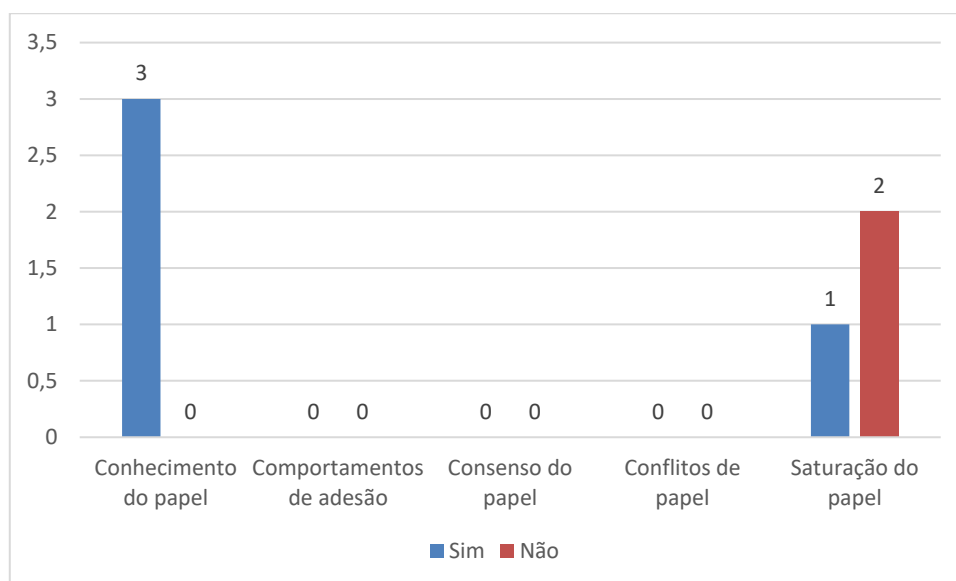


Figura 25 - Taxas de ganhos em saúde no papel de prestador de cuidados

No papel de prestador de cuidados, os ganhos obtidos no conhecimento do papel, poderão derivar do interesse comumente encontrado nos cuidadores informais em relação ao membro da família dependente de quem cuidam. Por este motivo, estarão talvez mais dispostos a melhorar o seu desempenho, sabendo que isso significará bem-estar para o seu

familiar. Por outro lado, a baixa taxa de sucesso na saturação do papel, poderá estar relacionada principalmente com o facto de que o cuidador informal não é substituído na sua função, pelo menos de forma regular e temporária, para poder descansar. Por outro lado, as respostas institucionais para descanso do cuidador informal, podem não dar a resposta necessária a todos os casos, seja porque não há disponibilidade de vagas, ou porque as distâncias da área de residência das famílias a essas unidades não permitem a sua inclusão. No estudo de Silva (2013), os ganhos no papel de prestador de cuidados foram mais modestos, com 23,33% das famílias intervencionadas a demonstrarem ganhos em saúde.

No campo do processo familiar, 6 famílias necessitavam de intervenção. A taxa de sucesso neste item foi de 67%. As necessidades de intervenção no coping familiar ocorreram em apenas uma família, em que houve positividade do diagnóstico. Os papéis familiares foram o foco de atenção dos enfermeiros em 3 famílias, com uma taxa de sucesso de 100%. A comunicação familiar foi intervencionada em todos os 6 casos, com uma taxa de ganhos em saúde de 67%. Por último, a relação dinâmica necessitou de atenção em uma família, mas não ocorreram ganhos em saúde.

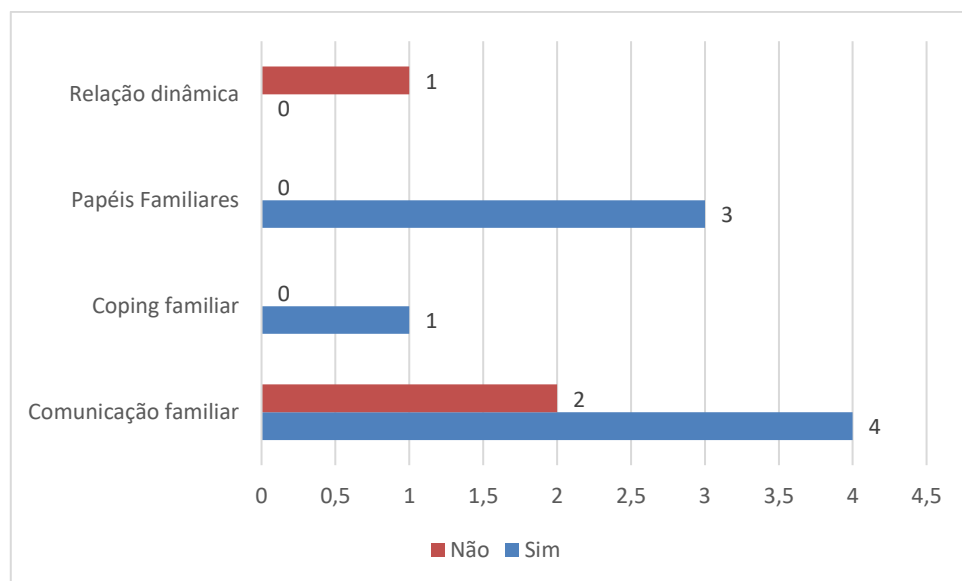


Figura 26 - Taxas de ganhos em saúde no processo familiar

Os papéis familiares demonstraram uma taxa de ganhos de 100%, que possivelmente está associada às intervenções dos enfermeiros nesta área, que agindo como um mediador, permite à família estabelecer, ou reestabelecer, um padrão de interação adequado, de acordo com as normas e comportamentos esperados de cada membro da família. Da mesma

forma, a comunicação familiar obteve ganhos em saúde em 4 dos 6 casos intervencionados nesta área, podendo o motivo do sucesso prender-se também com o estatuto de mediador isento que o enfermeiro de família consegue obter, enquanto executa as intervenções que julga adequadas a cada caso. Silva (2013), apresentou no seu estudo menores ganhos no que se refere ao processo familiar, com um total de 5,56% de famílias com diagnóstico positivado.

1.5 - Taxas de utilização das intervenções

De acordo com as necessidades identificadas e com os diagnósticos feitos, foram utilizadas as intervenções sugeridas pelo MDAIF de forma a obter ganhos em saúde. Conforme esses diagnósticos e as sugestões de intervenções, serão descritas quais destas últimas foram as mais utilizadas.

A necessidade de realizar intervenções decorre do dever do enfermeiro de executar ações que promovam a saúde e previnam problemas elementos da família, responsabilizando estes últimos pela sua saúde. O enfermeiro deve ter a capacidade de valorizações e diagnosticar alterações que permitam diminuir a incidência de patologias, favorecendo a redução das sobrecargas e aumentando a qualidade do cuidado que prestam aos seus membros (Martinez & al, 2016).

1.5.1 - Rendimento familiar insuficiente

No rendimento familiar insuficiente, a intervenção de enfermagem mais utilizada foi “promover a gestão do rendimento familiar”, o que ocorreu em 67% dos casos.

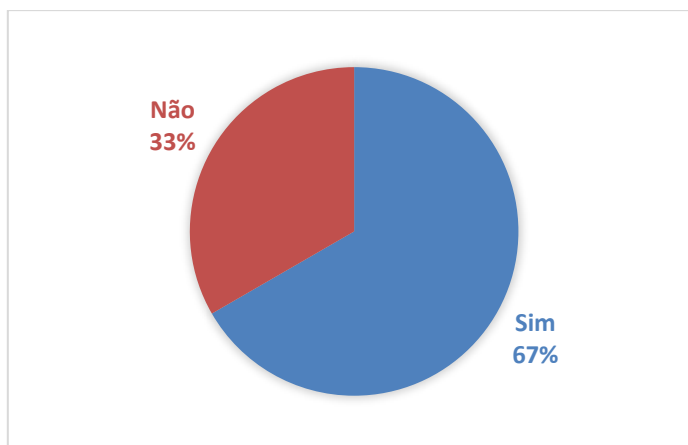


Figura 27 - Distribuição por promover a gestão do rendimento familiar

A intervenção “orientar a família para serviços sociais” foi utilizada 33% das vezes e a intervenção “requerer serviços sociais” foi utilizada em 8% dos casos.

1.5.2 - Edifício residencial não seguro

No edifício residencial não seguro, a intervenção de enfermagem que foi mais utilizada foi “ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro”, com uma utilização em 67% dos casos.

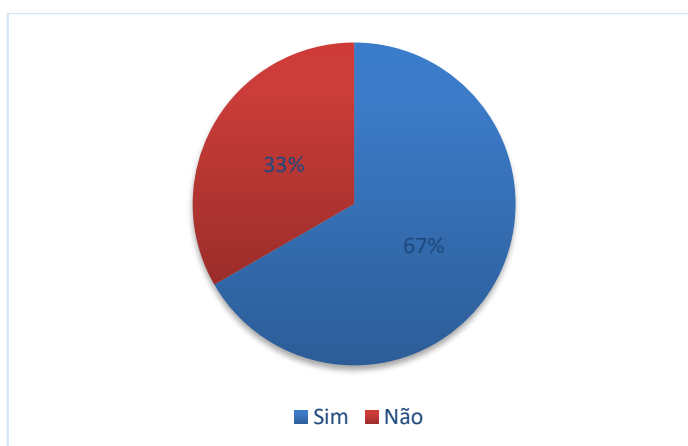


Figura 28 - Distribuição por ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro

A intervenção “requerer serviço social” foi utilizada em 17% das situações, a intervenção “requerer serviços médicos” não foi utilizada e a intervenção “orientar a família para serviços sociais foi utilizada em 17% das famílias.

1.5.3 - Edifício residencial negligenciado

No item edifício residencial negligenciado, foram usadas as intervenções “ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional”, “promover o governo da casa” e “motivar a família para governo da casa”.

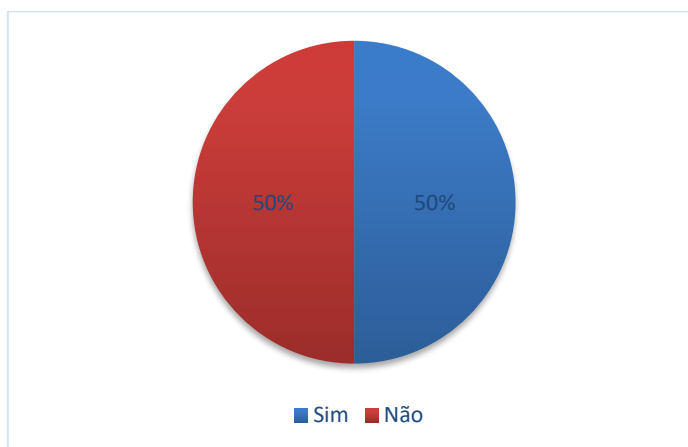


Figura 29 - Distribuição por promover o governo da casa

Estas intervenções foram todas usadas uma vez.

1.5.4 - Precaução de segurança não demonstrada

No que concerne à precaução de segurança não demonstrada, apenas as intervenções “motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitetónicas” e “orientar para serviços da comunidade” não foram utilizadas.



Figura 30 - Distribuição por negociar sobre utilização de equipamento de gás

Todas as restantes intervenções foram usadas uma vez, como por exemplo “ensinar sobre utilização de equipamento de aquecimento”.

1.5.5 - Abastecimento de água não adequado

No abastecimento de água não adequado, a intervenção mais utilizada foi “orientar para serviços de controlo da qualidade da água”, com 100% de utilização.



Figura 31 - Distribuição por orientar para serviços de controlo da qualidade da água

A menos utilizada foi “instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água”.

1.5.6 - Animal doméstico negligenciado

Neste item, a intervenção mais utilizada foi “motivar para a vacinação do animal, com uma utilização em 86% das situações.

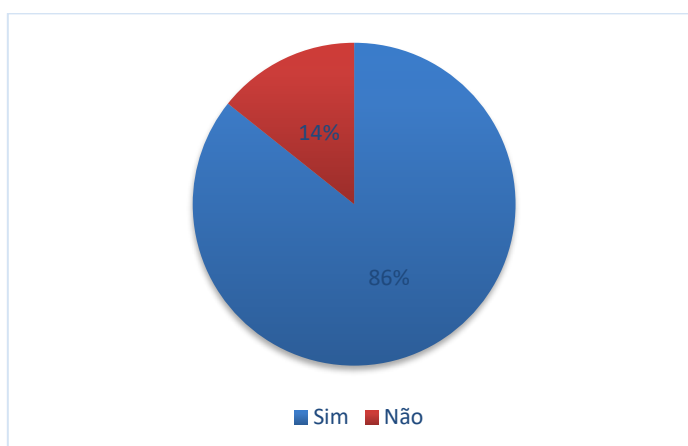


Figura 32 - Distribuição por motivar para vacinação do animal doméstico

A intervenções menos usadas foram “orientar para serviços da comunidade” e “ensinar sobre desparasitação do animal”.

1.5.7 - Satisfação conjugal não mantida

No que se refere ao diagnóstico satisfação conjugal não mantida, foram várias as intervenções utilizadas pelos enfermeiros.

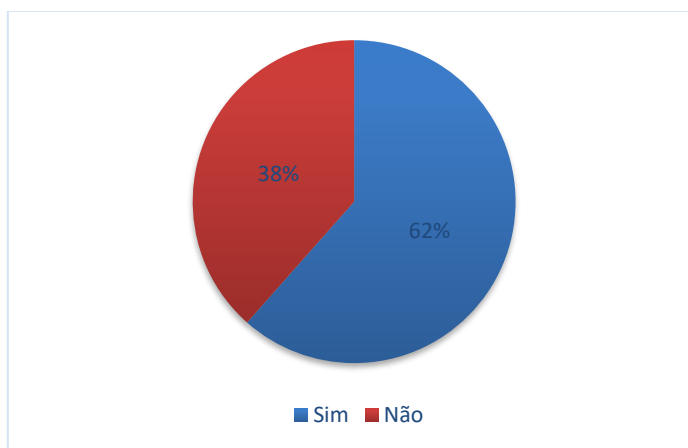


Figura 33 - Distribuição por promover a comunicação expressiva das emoções

As mais utilizadas foram “promover a comunicação expressiva das emoções” e “promover a comunicação do casal”, tendo sido usadas em 8 dos 13 casos. A intervenção “motivar para a redefinição da divisão/partilha das tarefas domésticas” foi usada em 7 das situações.

1.5.8 - Papel parental não adequado (famílias com filhos na escola)

Um dos tipos de papel parental não adequado que foi intervencionado, foi o de famílias com filhos na escola. Neste item, especificando o conhecimento do papel, as

intervenções que foram utilizadas foram “ensinar os pais sobre prevenção da cárie dentária”, “ensinar os pais sobre atividades de lazer adequadas à criança”, “ensinar os pais sobre prevenção de acidentes” e “ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil”. As restantes intervenções não foram utilizadas.



Figura 34 - Distribuição por ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil

No mesmo diagnóstico, mas no âmbito da adaptação da família à escola, a intervenção mais utilizada foi “advogar a criação de espaço para a criança estudar”.



Figura 35 - Distribuição por advogar criação de espaço para a criança estudar

No que se refere à ausência de consenso no papel, as intervenções utilizadas foram “promover a comunicação expressiva das emoções” e “motivar para redefinição das tarefas parentais pelos membros da família”.



Figura 36 - Distribuição por promover a comunicação expressiva das emoções

Estas intervenções foram utilizadas uma vez cada.

1.5.9 - Papel parental não adequado (família com filhos adolescentes)

Em referência ao conhecimento do papel no papel parental não adequado nas famílias com filhos adolescentes, apenas foi utilizada uma intervenção, “ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança”.



Figura 37 - Distribuição por ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança

Na saturação do papel, as intervenções utilizadas foram “promover a comunicação expressiva de emoções” e “promover estratégias de coping para o papel”.



Figura 38 - Distribuição por promover estratégias de coping para o papel

Estas intervenções foram utilizadas uma vez cada.

1.5.10 - Papel parental não adequado (família com filhos adultos)

No papel parental não adequado na família com filhos adultos, verificou-se que no conhecimento do papel, adaptação da família, a intervenção mais utilizada foi “promover a comunicação expressiva das emoções”, com 100% de utilização. A intervenção menos utilizada foi “informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital”, com 25% de utilização.



Figura 39 - Distribuição por informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital

No que se refere ao conflito do papel, todas as intervenções foram utilizadas, à exceção de “motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família” e “negociar a redefinição das tarefas parentais”.



Figura 40 - Distribuição por motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família

Na saturação do papel, foram utilizadas metade as intervenções sugeridas, sendo cada uma utilizada uma vez.



Figura 41 - Distribuição por promover estratégias de coping para o papel

Estas foram “promover a comunicação expressiva das emoções”, avaliar a saturação do papel” e “promover estratégias de coping para o papel”.

1.5.11 - Papel de prestador de cuidados não adequado

No papel de prestador de cuidados não adequado, e especificamente no conhecimento do papel, foram abordados os autocuidados identificados com necessidade de intervenção. No autocuidado higiene, as intervenções utilizadas pelos enfermeiros foram “ensinar PC sobre a técnica do banho”, “instruir PC sobre a técnica do banho” e “ensinar PC sobre a técnica de lavagem dos dentes”. Todas estas intervenções forma utilizadas uma vez.

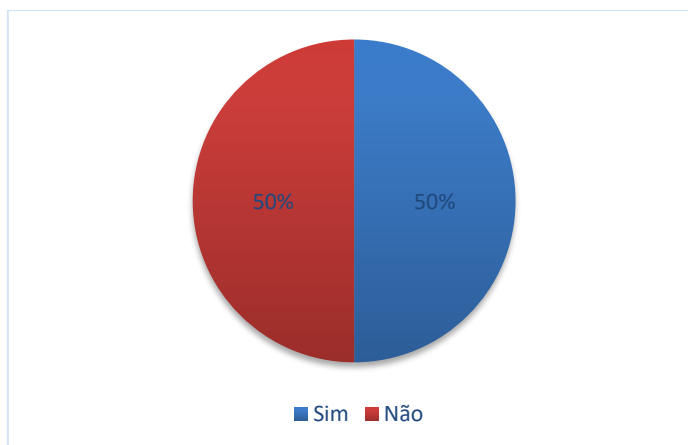


Figura 42 - Distribuição por ensinar PC sobre a técnica do banho

No que concerne o autocuidado comer, a intervenção mais utilizada foi “ensinar PC sobre padrão alimentar adequado”, tendo sido utilizada em 100% das situações. A outra intervenção utilizada foi “ensinar PC sobre a preparação dos alimentos”.



Figura 43 - Distribuição por ensinar PC sobre padrão alimentar adequado

No autocuidado ir ao sanitário, a única intervenção utilizada, por uma vez, foi “ensinar o PC sobre equipamentos adaptativos”.



Figura 44 - Distribuição por ensinar PC sobre equipamentos adaptativos

Já em relação ao autocuidado atividade física, foi feita uma intervenção. Esta foi “ensinar PC sobre padrão de exercício adequado”.



Figura 45 - Distribuição por ensinar PC sobre padrão de exercício adequado

No que se refere à saturação no papel de prestador de cuidados não adequado, todas as intervenções foram utilizadas uma vez, numa taxa de 50% de utilização.

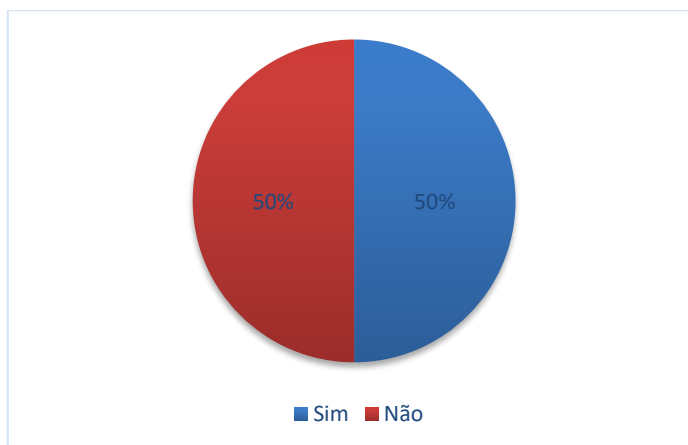


Figura 46 - Distribuição por avaliar saturação do papel

A exceção foi a intervenção “requerer serviço social”.

1.5.12 - Processo familiar disfuncional

No processo familiar disfuncional, foram intervencionados os itens comunicação familiar não eficaz, coping familiar não eficaz, interação de papéis familiares não eficaz e relação dinâmica disfuncional.

Na comunicação familiar não eficaz, a intervenção mais utilizada foi promover a comunicação expressiva das emoções, com 100% de utilização. A segunda intervenção mais utilizada foi otimizar a comunicação na família”, com 40% de taxa de utilização.

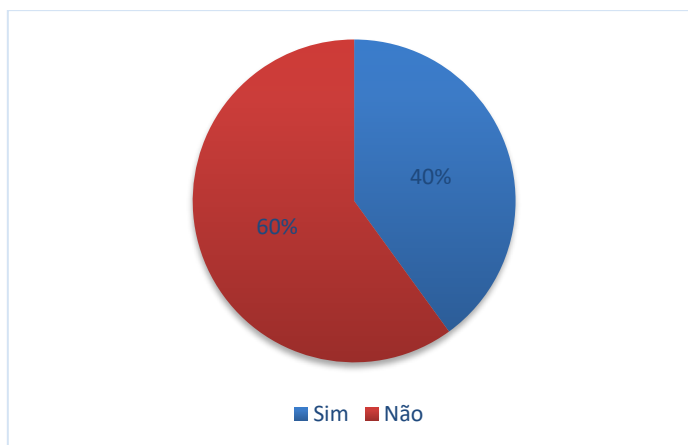


Figura 47 - Distribuição por otimizar a comunicação na família

No coping familiar não eficaz, ambas as intervenções sugeridas, “promover estratégias adaptativas/coping na família” e “negociar estratégias adaptativas/coping na família”, foram utilizadas uma vez.



Figura 48 - Distribuição por promover estratégias adaptativas/coping na família

No que concerne à interação de papéis familiares não eficaz, a intervenção mais utilizada foi “promover a comunicação expressiva das emoções”, seguida de “motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família”, com três e duas utilizações pelos enfermeiros, respectivamente.

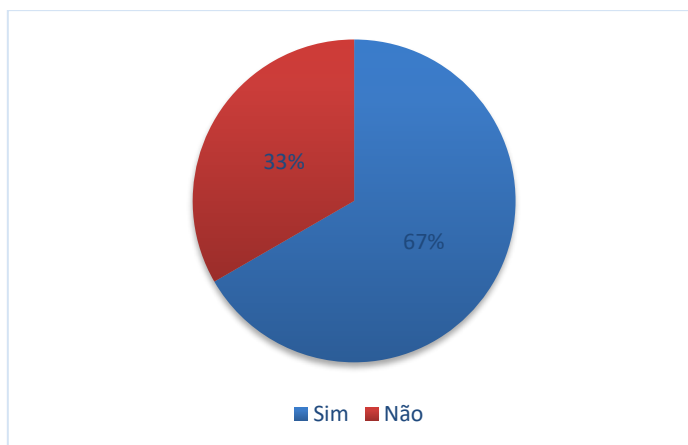


Figura 49 - Distribuição por motivar a redefinição dos papéis pelos membros da família

Por último, na relação dinâmica disfuncional, todas as intervenções foram utilizadas uma vez.



Figura 50 - Distribuição por promover o envolvimento da família

A exceção foi a intervenção “promover o envolvimento da família”.

CAPÍTULO III – CONCLUSÃO

Este estudo integrou a segunda etapa do Projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, pretendendo avaliar o impacto do MDAIF na saúde das famílias. Neste capítulo, serão explanadas as conclusões obtidas, as limitações, assim como implicações para a formação, investigação e clínica

No que concerne à caracterização das famílias, o tipo de família mais representado foi a família nuclear. Destas, a maioria era famílias com filhos adultos. No que se refere à classe social, 50% dos casos avaliados pertenciam à classe IV (média-baixa), sendo a maioria. Em 30% havia, um membro dependente no autocuidado.

Em relação às taxas de avaliação, na Dimensão Estrutural, todas as áreas foram avaliadas em 100% dos casos, à exceção da família extensa, classe social e sistemas mais amplos, sendo esta última a que menos foi avaliada. Na Dimensão de Desenvolvimento, satisfação conjugal, as áreas mais avaliadas pelos enfermeiros foram a relação dinâmica e a comunicação, sendo a função sexual a menos avaliada. Na avaliação do papel parental, todas as áreas foram avaliadas em todas as famílias, exceto a adaptação da família à escola, que não foi avaliada em 1 caso. Por último, na dimensão funcional, o papel de prestador de cuidados foi avaliado a 100% em todas as suas áreas. Já o processo familiar, teve taxas de avaliação de 95% em todas as áreas, exceto no coping familiar, que foi de 90%.

No que se refere às taxas de prevalência, na Dimensão Estrutural, a área com mais necessidade de intervenção foi o rendimento familiar, sendo que metade das famílias requeriam intervenção neste item. A área com menos necessidades de atenção foi a precaução de segurança. Na Dimensão de Desenvolvimento, na satisfação conjugal, a relação dinâmica foi a área com maior necessidade de intervenção por parte dos enfermeiros, e a função sexual a área com menores necessidades. No papel parental, o consenso do papel e o conflito do papel, foram os itens com menor número de necessidades identificadas e os comportamentos de adesão a área com maiores necessidades. Na Dimensão Funcional, no papel de prestador de cuidados, as únicas áreas a necessitar de intervenções por parte dos enfermeiros foram a saturação do papel e o conhecimento do papel. No processo familiar, a

comunicação familiar apresentou a maior necessidade de intervenção e a relação dinâmica apresentou a menor necessidade.

Em relação aos ganhos em saúde, na Dimensão Estrutural, os maiores ganhos ocorreram no animal doméstico, com uma taxa de ganhos em saúde de 86%, sendo que os menores ganhos ocorreram no rendimento familiar, com uma taxa de sucesso de 8%, apesar de ter sido a área identificada nesta dimensão, com a que mais necessitava de intervenções. Na Dimensão de Desenvolvimento, no que concerne à satisfação conjugal, a função sexual registou ganhos de 100%, sendo de referir que apenas um caso necessitava de intervenção. A relação dinâmica foi a área que apresentou menos ganhos com uma taxa de sucesso de 56%. No papel parental, o conhecimento do papel e a adaptação da família à escola, apresentaram uma taxa de ganhos em saúde de 100%, sendo que no consenso do papel e nos conflitos do papel, não ocorreram ganhos. Na Dimensão Funcional, no papel de prestador de cuidados, a área conhecimento do papel permitiu ganhos em 100% dos casos intervencionados, sendo que na saturação do papel apenas se verificou ganhos em 1 das famílias, das 3 intervencionadas. No processo familiar, a área papéis familiares teve uma taxa de ganhos em saúde de 100%, e a área com menos ganhos foi a relação dinâmica, onde não se verificou a satisfação das necessidades previamente identificadas.

Relativamente à taxa de utilização das intervenções, que os enfermeiros utilizaram cerca de metade das intervenções sugeridas, para cada diagnóstico. No entanto, devido ao número de famílias avaliadas e ao número de alguns dos diagnósticos, o uso de algumas intervenções, ocorreu apenas uma vez.

Durante o decurso do estudo, verificaram-se limitações ao mesmo. Especificamente, o número de enfermeiros disponíveis para utilizar o MDAIF em contexto de trabalho, não foi o desejável tendo em conta o potencial do ACeS onde decorreu, o que se refletiu no número total de famílias avaliadas. Se tivesse sido possível contar com a maioria, ou até todos os enfermeiros do ACeS, teria permitido avaliar e intervencionar mais famílias. Mais famílias significa mais representatividade, e quanto maior for o número, mais dados e conclusões podem ser tirados, assim como ajudar a cumprir os objetivos do projeto. Outra limitação encontrada, prende-se com a ainda inexistente codificação do MDAIF nas aplicações informáticas utilizadas pelos enfermeiros neste ACeS, no momento da colheita de dados. Se tal já fosse uma realidade, permitiria uma mais fácil aplicação do modelo, assim como uma mais prática colheita de dados.

Este estudo permitiu verificar que a utilização do MDAIF em contexto prático, favorece os cuidados às famílias, e por consequência, aos utentes dos CSP. Os ganhos em saúde demonstram que este modelo teve um impacto positivo na forma como as famílias são avaliadas e intervencionadas pelos enfermeiros, consolidando a sua importância nos contextos clínicos onde os cuidados às famílias fazem a diferença. Para o Projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, este estudo confirma, mais uma vez, a validade do projeto, e a necessidade na persecução dos seus objetivos, de forma a consolidar o MDAIF ainda mais como o referencial teórico da enfermagem de Saúde Familiar.

De futuro, considera-se importante a continuidade de formação de enfermeiros no uso do MDAIF, de forma a permitir que mais colegas possam produzir dados durante a sua utilização, de forma a aumentar as demonstrações do impacto que este tem nos contextos clínicos. Também será importante a informatização do MDAIF nas aplicações que os enfermeiros usam nos seus cuidados, uma vez que permitiria o seu uso de forma mais regular e consistente por parte dos enfermeiros, assim como permitiria recolher dados e avaliar o impacto da sua utilização de uma forma mais célere e prática.

Terminando, resta referir que o MDAIF demonstra ser uma mais valia importante para a especialidade de enfermagem de Saúde Familiar, enquanto referencial teórico, e que a concretização na prática da especialidade, promete trazer significativos ganhos em saúde para as populações. Para além desta, também na formação base de enfermagem será útil, permitindo aos novos enfermeiros terem contacto e conhecimentos importantes na área da saúde familiar. Este estudo terá contribuído para a continuidade do projeto Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários, podendo já ser comparado com o contexto dos Açores, e no futuro, com outros contextos, de forma a potenciar o crescimento do MDAIF, e consequentemente, da enfermagem de saúde familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN et al. Primary Caregiver Characteristics and Transitions in Community-Based Care. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012, 67, pp. 362–371.

ANDERSON, L. et al. Three-year follow-up of a family support service cohort of children with behavioural problems and their parents. *Blackwell Publishing Ltd, Child: Care, Health & Development*, 2005, 31, pp. 469–477.

ANDRADE DOS SANTOS, M. L. *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Universidade de Lisboa, Lisboa, 2012. Tese de Doutoramento.

ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Fam. Saúde Desenv.* 1999, Vol. 1, Nº 1, pp. 7-14.

ANGELO, M. e BOUSSO, R. S. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Ver. Esc. Enf. USP*. 2001, Vol. 35, Nº 2, pp. 172-179.

ANTUNES, M. J. e EGRY, E. Y. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. *R. Bras. Enferm.* 2001, 54, pp. 98-107.

ARANGO, D. C. e PELÁEZ, E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*. Barranquilla, 2012, 28, pp. 335-348.

BISCAIA, A. R. A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Rev Port Clin Geral*. 2006, 22, pp. 67-79.

BRANCO, A. G. e RAMOS, V. Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2001, 2, pp. 5-12.

CARVALHO, J. C. et al. *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP, 2012. ISBN 978-989-96103-6-1.

CHAREPE, Z. e FIGUEIREDO, M. H. Família e a criança com doença crónica: percursos transformativos e colaborativos. *Revista Nursing*. 2011, Edição Dezembro, pp. 3-8.

CHEN, M. e JOHNSTON, C. Interparent Childrearing Disagreement, but not Dissimilarity, Predicts Child Problems after Controlling for Parenting Effectiveness. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2012, 41, pp. 189-201.

CHESLA, C. Do family interventions improve health?. *Journal of Family Nursing*. 2010, 16, pp. 355-377.

DECRETO-LEI nº 118/2014 D. R. / Série. Nº 149 (05-09-2017), pp. 4069-4071.

- DECRETO-LEI nº 28/2008 D. R. *I Série*. Nº 38 (22-052-2008), pp. 1182-1189.
- DECRETO-LEI nº 56/79 D. R. *I Série*. Nº 214 (15-09-1979), pp. 2357-2363.
- DECRETO-LEI nº 73/2017 D. R. *I Série*. Nº 118 (21-06-2017), pp. 3128-3140.
- DESPACHO NORMATIVO nº 97/83 D. R. *I Série*. Nº 93 (22-04-1983), pp.1439-1453.
- DEVOW, J. E. et al. Insurance+Access ≠ Health Care: Typology of Barriers to Health Care Access for Low-Income Families. *Annals of family medicine*. 2007, Vol 5, Nº 6, pp. 511-518
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. 2013. Consult. 15 Maio 2017. Disponível em: <http://www.esenf.pt/pt/i-d/projetos-internacionais/mdaif/>
- FIGUEIREDO, M. H. et al. Famílias e família: a avaliação integrativa do papel parental. In; *I seminário internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos"*, Braga, 2010. Braga: Universidade do Minho.
- FIGUEIREDO, M. H. *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência, 2012.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaque*. 2017, 29 de março.
- LACERDA, M. R. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto familiar. *Revista Cogitare Enfermagem*. 1997, Vol. 2, Nº 1, pp. 44-49.
- MARQUES, F. e SOUSA, L. Integridade familiar e o idoso pobre: valores e significados. *Psicólogo Informação*. 2012, 16, pp. 11-43.
- MARTINEZ, R. T. S. et al. Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista Cuidarte*. 2016, 7, pp. 1171-1184.
- MCNULTY et al. Longitudinal Associations Among Relationship Satisfaction, Sexual Satisfaction, and Frequency of Sex in Early Marriage. *Arch Sex Behav*. 2016, 45, pp. 85-97.
- Miguel, L. S. e Sá, A. B. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: Reforçar, expandir - contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. 2010, Lisboa: Ministério da Saúde, Alto Comissariado para a Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Grupo técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, documento de trabalho. 2005, Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA. Proposta do programa formativo da especialidade de enfermagem de saúde familiar. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaration of Alma-Ata. In: *International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, 1978. Alma-Ata: 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. *European Health for All Series*. 1999, 6.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for Health, 2000, Munich, 2000. Munique: 2000.

OSTLUND, U. et al. Nurses' fidelity to theory-based core components when implementing Family Health Conversations – a qualitative inquiry. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015, 29, pp. 582–590.

PINTADO, S. Funcionamiento sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex*. 2016, 84, pp. 679-683.

PISCO, L. A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*. 2007, 80, pp. 60-66.

PORDATA (a). *Indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. Consult. 15 Maio 2017. Disponível em:
<http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>

PORDATA (b). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Consult. 15 Maio 2017. Disponível em:
<http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+segundo+os+Censos+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios-512>

REGULAMENTO nº 126/2011 D. R. II Série. Nº 35 (18-02-2011), pp. 8860-8861.

RODRIGUES, V. et al. The aging profile of the Portuguese population: a principal component analysis. *J Community health*. 2014, 39, pp. 747-752.

RODRIGUEZ-ÁBREGO, G. et al. Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014, 52, pp. 610-617.

SILVA, R. *Avaliação do Impacto do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Vila Franca do Campo*. Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013. Dissertação de Mestrado.

VASCONCELOS, P. Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe. *Análise Social*. 2002, Vol. XXXVII, pp. 507-544.

WEIRICH, C. F. et al. O cuidados de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2004, Vol. 6, Nº 2, pp. 172-180.

WHITING, M. Children with disability and complex health needs: the impact on family life. *Nursing children and young people*. 2014, Vol. 26, Nº 3, pp. 26-30.

WRIGHT, L. M. e LEAHEY, M. *Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca, 2002.