UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Suporte Social:

Intervenção para a Promoção do Papel Parental

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por : Magda Cláudia de Lemos Fachadas

(LISBOA, Fevreiro 2011)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Suporte Social:

Intervenção para a Promoção do Papel Parental

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por: Magda Cláudia de Lemos Fachadas

Sob orientação de: Professora Judite Vaz

(LISBOA, Fevereiro 2011)

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado de Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica. Pretende-se que traduza e sistematize de forma reflectida, o percurso executado durante a realização da Unidade Curricular Estágio no cumprimento dos seguintes objectivos:

- Desenvolver competências de forma a permitir a prestação de cuidados de enfermagem de grande complexidade à criança/jovem e família, para a promoção da sua saúde, e adaptação a situações de transição (ao longo do ciclo vital e saúde-doença/ hospitalização);
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, com ênfase no suporte social para promoção do papel parental.

A metodologia utilizada incorporou a análise reflexiva, associada com a evidência científica, experiência, opinião de peritos e preferências dos clientes.

Pretende-se efectuar a divulgação das actividades desenvolvidas, respectivo impacto ao longo dos diferentes contextos de aprendizagem e as competências pessoais e profissionais desenvolvidas e aperfeiçoadas, com base numa análise crítica e reflexiva.

A temática central desenvolvida foi o suporte social como promotor do papel parental, onde se procurou demonstrar a importância do papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, recorrendo ao suporte social como estratégia de intervenção para a promoção do papel parental.

O construto base é a promoção do papel parental nas transições que ocorrem subjacentes ao ciclo vital da criança/jovem e nas transições saúde/doença, cujo referencial teórico se fundamenta na teoria de Afaf Meleis.

O suporte social surge como estratégia de intervenção que abordado segundo as três dimensões funcionais defendidas por Pais-Ribeiro, permite ao Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica implementar intervenções baseadas nos recursos de cada família e da comunidade, visando a promoção do papel parental.

Desta forma, verificou-se que as crises geradas pelas transições normativas ou não normativas podem ser minoradas através de um atendimento integrado da equipa de saúde, sendo que o papel do enfermeiro torna-se crucial na gestão deste processo, para a promoção de uma vivência mais efectiva do papel parental.

Conceitos-chave: Papel parental; transições; suporte social, enfermagem.

ABSTRACT

This work appears in the curricular unit of report, on the course for Master's degree in Nursing, with specialization in Pediatrics and Child Health. It is intended to reflect and systematize on a reflection, the route realized during the curricular unit of stage's in achieving the following objectives:

- Develop skills to provide nursing care of great complexity to the child/youth and family, to promote their health and adaptation to situations of transition (along the life cycle and health/disease/hospitalization);
- Contribute to improve the quality of nursing care for the child/youth and family, based on social support as a promoter of parental role.

The methodology utilized incorporates a reflected analysis, connected with the scientific evidence, experience, opinion leaders and preferences of customers.

It is intended to make the disclosure of the developed activities, their impact over the different contexts of learning, and personal and professional skills developed and improved, based on critical analysis and reflection.

The central theme developed was the social support as a promoter of parental role, where I try to demonstrate the importance of Nurse Specialist on Pediatrics and Child Health role, using social support as an intervention to promote parental role.

The basic construct is the promotion of parental role in the transitions that occur behind the life cycle of the child/youth and transitions of health/disease, whose theoretical framework is based on the Afaf Meleis theory.

The social support emerges as an intervention strategy that according to the three functional dimensions advocated by Pais-Ribeiro, allows the nurse of Pediatrics and Child Health to implement interventions based on the resources of each family and community, aiming the promotion of parental role.

This way, was found that the crises generated by non-normative or normative transitions can be eased through an integrated health care team, and the nurse's role becomes crucial in managing this process, to promote an experience more effective of the parental role.

Keywords: parental role, transitions, social support, nursing.

AGRADECIMENTOS

Um projecto desta natureza não seria possível de concretizar sem o apoio e envolvimento de todas as pessoas que me rodeiam, é pois, com sinceridade que lhes expresso o meu sentimento de gratidão.

À minha família, por toda a paciência, força, carinho e incentivo.

Ao Ricardo companheiro de todos os momentos, a minha fonte de encorajamento.

À Exma. Sra. Prof. Zaida Charepe e à Exma. Sra. Prof. Judite Vaz pela orientação, sapiência, disponibilidade e estímulo.

Às minhas colegas de curso, com quem partilhei algumas angústias nos momentos mais difíceis.

A todos agradeço terem acompanhado e compreendido a necessidade de partilhar comigo esta longa caminhada.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

CD- compact disc

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS- Direcção-Geral da Saúde

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

JCI- Joint Comission International

MDAIF- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO..... 1
2. SUPORTE SOCIAL: INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL.... 3
   2.1. Introdução ao Suporte Social..... 3
   2.2. Suporte social nas transições do papel parental: o contributo da Enfermagem..... 5
3. ANÁLISE CRÍTICA DA PRÁTICA..... 13
   3.1. Módulo I..... 14
      3.1.1. Recursos da Comunidade..... 14
      3.1.2. Cuidados de Saúde Primários..... 16
   3.2. Módulo II..... 21
      3.2.1. Internamento de Pediatria..... 22
   3.3. Módulo III..... 27
      3.3.1. Urgência Pediátrica..... 27
4. NOTA CONCLUSIVA..... 32
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 34

ANEXOS 37
Anexo 1- Reflexão "O Enfermeiro e a criança/jovem e família com asma"..... 38
Anexo 2- Artigos acerca do suporte social..... 39
Anexo 3- Manual "Suporte Social para a Promoção do Papel Parental"..... 40
Anexo 4- Projecto "Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24" 41
Anexo 5- Norma Hospitalar "Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24"..... 42
Anexo 6- Guia de Acolhimento "Internamento de Pediatria" 43
Anexo 7- Norma Hospitalar "Acolhimento ao cliente pediátrico e sua família"..... 44
Anexo 8- Relatóro de Formação "Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital"..... 45
Anexo 9- Guia Orientador "Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital"..... 46
Anexo 10- Norma Hospitalar "Administração de Sacarose a 24%" 47

1. INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Este relatório tem como principal objectivo a divulgação dos resultados obtidos após a implementação do projecto ao longo da unidade curricular Estágio, bem como a reflexão das competências desenvolvidas, com base no Regulamento Geral dos Mestrados em Enfermagem de natureza profissional da Universidade Católica Portuguesa e no Perfil de Competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (2009).

Desta forma, o início deste percurso foi determinado pela metodologia de projecto, através da realização de um projecto individual que foi transversal a todos os módulos de estágio. Inicialmente foram clarificadas as motivações pessoais e a pertinência da escolha da temática principal, bem como os objectivos gerais e específicos para cada módulo, as acções planeadas e respectivas estratégias de implementação.
Em conformidade com as realidades encontradas nos locais de estágio, foram elaborados projectos mais pormenorizados e ao longo dos módulos foi utilizada a metodologia de portfófio, com função reflexiva e avaliativa.
A partir destas duas metodologias, projecto e portfólio, foi possível avaliar o desenvolvimento de competências, estratégias e actividades implementadas, e consequentemente, a elaboração deste relatório.

Assim, os estágios foram organizados em três módulos que, considerando as especificidades de cada área de intervenção, tiveram por base um tema transversal a todos os módulos, o *Suporte Social: Intervenção para a Promoção do Papel Parental*.

O constructo base do projecto desenvolvido ao longo dos três módulos foi a promoção do papel parental nas transições que ocorrem subjacentes ao ciclo vital da criança/jovem e nas transições saúde/doença, cujo referencial teórico se fundamenta na teoria de Afaf Meleis (2005).
As respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos do desenvolvimento ou por eventos significativos da vida exigem adaptações, que pressupõem a capacitação para enfrentar a mudança, neste caso concreto modificações no papel parental.
Para facilitar a adaptação a esta mudança de papel, o suporte social surge como estratégia de intervenção, e que vai ser abordado de acordo com as três dimensões defendidas por Pais-Ribeiro (1999).

A escolha dos campos de estágio prendeu-se com o facto de procurar adquirir a maior riqueza possível de experiências. Desta forma, as opções incidiram de forma a possibilitar o contacto com várias filosofias institucionais, e de igual modo permitir a continuidade do desenvolvimento de conhecimentos e competências, já existentes ao longo do percurso profissional.
O primeiro módulo decorreu na Consulta Externa do Hospital Garcia de Orta e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica. O módulo dois desenvolveu-se no Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital dos Lusíadas. Por último o módulo três foi subdividido em dois estágios, tendo sido o de urgência pediátrica realizado na Unidade de Atendimento Urgente Pediátrica do Hospital dos Lusíadas, e o de neonatologia não foi concretizado por ter sido concedida creditação.

Em termos de estrutura este relatório vai estar organizado da seguinte forma. Após esta nota introdutória, segue-se o desenvolvimento que será constituído por um capítulo que fará a fundamentação da temática desenvolvida aos longos dos três módulos. Posteriormente, outro capítulo abordará os módulos quanto à sua caracterização, diagnóstico situacional, objectivos a atingir, actividades desenvolvidas e análise avaliativa e reflexiva das mesmas, bem como as competências adquiridas e desenvolvidas.
A conclusão surge, com a análise crítica dos principais aspectos a reter, os contributos e desafios ultrapassados ao longo das várias experiências, bem como os aspectos que contribuíram para a mudança pessoal e profissional. Os anexos são ilustrativos das actividades desenvolvidas.

2. SUPORTE SOCIAL: INTERVENÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL

Ao longo deste capítulo será feita referência acerca da evolução do conceito do suporte social e das abordagens que o norteiam. De seguida será efectuada uma abordagem ao papel do suporte social na promoção do papel parental, ao longo dos processos de transição normativos ou não normativos.

2.1. Introdução ao suporte social

A história do suporte social e dos seus conceitos é relativamente recente, no entanto, já existem dois marcos importantes a assinalar. O primeiro período é relativo ao início do século XX até aos anos sessenta, em que houve contributos de estudos na área da psicologia e da sociologia. O segundo marco corresponde à fase em que se começou a reconhecer a influência dos sistemas sociais na saúde (NUNES, 2005).

A conceptualização do suporte social não é consensual e portanto reveste-se de uma grande complexidade, tal como a sua operacionalização. Existem inúmeros autores que contribuíram para inúmeras definições do conceito.

O suporte social é considerado uma das funções primárias das redes sociais, na medida em que envolve transacções interpessoais e engloba apoios específicos prestados por pessoas, grupos ou instituições (ARAÚJO, et al., 2010).
Contudo, Pais-Ribeiro defende que o suporte social deve ser percepcionado como uma experiência pessoal e não somente como um conjunto de trocas e interacções (PAIS-RIBEIRO, et al., 2003).
Uma definição que vai ao encontro deste constructo é a que Pais-Ribeiro (1999) refere citando Sarason (1983) definindo suporte social como "*a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*" (PAIS-RIBEIRO, 1999 p. 547).
Este é o conceito de suporte social percebido, uma vez que alude à avaliação que o indivíduo faz a nível dos diferentes domínios da sua vida e da disponibilidade que os outros demonstram, caso deles necessite (PAIS-RIBEIRO, et al., 2003).

Dunst e Trivette (1990) igualmente abordados por Pais-Ribeiro (1999) referem que o suporte social é o conjunto dos recursos que estão ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (por exemplo, a família) em resposta aos pedidos de assistência.

Partindo destes diferentes recursos classifica-se o suporte social como informal ou formal.

Assim, o suporte é informal quando é facultado por elementos da família, vizinhos, amigos ou grupos de ajuda.

Neste sector, a família constitui a principal fonte de suporte social, uma vez que entre si fornecem apoio emocional e instrumental,

> *"(…) apoio emocional porque disponibilizam tempo, compartilham as vivências quotidianas, preocupações e emoções, oferecem carinho e afecto (…) apoio instrumental porque oferecem provisão de bens, dinheiro e trabalho (…) ajudam nas tarefas domésticas, educação de filhos e contribuem com bens materiais no sustento da família*" (DIAS, et al., 2007 p. 692).

A família é considerada um sistema, e desta forma, sistema familiar pode ser definido como o conjunto dos elementos que o compõem, assim como, as relações que se estabelecem entre eles e a relação com os seus próprios atributos. Existe uma estrutura, que é a rede de relações que define a posição que cada elemento ocupa no sistema, bem como a sua função (ALARCÃO, 2006).

Desta forma, o papel que cada um ocupa na família e o tipo de relação que estabelece com os restantes elementos é de suma importância, sobretudo quando ocorrem situações geradoras de stress que exigem adaptações no funcionamento do sistema familiar.

Relativamente ao suporte formal, é aquele que advém de profissionais com formação adequada quer de serviços sociais ou saúde (ARAÚJO, et al., 2010).

O apoio formal, respeitante à saúde, fornecido por enfermeiros pode ser um suporte que se reporta a cuidados fundamentalmente técnicos (ARAÚJO, et al., 2010), mas também afectivos e relacionais (BARBOSA, et al., 2009).

Como foi constatado acima, existem vários autores que definiram o conceito de suporte social. De igual forma, também é vasto o corpo de evidência acerca da existência de relação entre o suporte social e inúmeras variáveis,

> *"… **a saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar** (Emmons & Colby, 1995; Pierce, Sarason, Poter III, & Antoni, 1985), **satisfação com a vida** (Sarason et al, 1983), **longevidade e mortalidade** (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, & Hamovitch, 1992; Hanson, Isacsson, Janzon, & Lindell, 1989), **queixas somáticas** (Ganster, Fusilier, & Mayes, 1986; Peplau 1985), **resistência a doenças** (Cohen, 1988), **protecção para indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais** (Kessler et al., 1985; Ornelas, 1996), **psicopatologia** (Kessler et al., 1985) e **distress psicológico** (Heller, 1979; House, 1981; Peplau, 1985; Thoits, 1985)."* (PAIS-RIBEIRO, et al., 2003 p. 22).

Os referidos autores reforçam esta ideia, alegando que a investigação sugere que o suporte social tem efeito mediador na protecção da saúde e efeito protector ao longo do ciclo vital (PAIS-RIBEIRO, et al., 2003).

Igualmente, "*autores têm referido a importância de conceptualizar o apoio social como um constructo multidimensional e de se considerarem os mecanismos mais precisos, pelos quais o apoio social pode influenciar a saúde*" (NUNES, 2005 p. 135).

Abordando outra perspectiva, Barrón (1996) sugere uma perspectiva funcional do suporte social que é constituída por três níveis, o suporte formativo, o suporte instrumental e o suporte emocional (PAIS-RIBEIRO, 1999; MARTINS, 2005; CACANTE, et al., 2009). É com base nesta abordagem de suporte social que esta temática foi tratada ao longo de todo este percurso.

O suporte formativo, define-se como o processo através do qual as pessoas recebem informação e orientações que as ajuda a compreender o seu mundo e as mudanças que nele ocorrem (MARTINS, 2005). Neste âmbito importa intervir, promovendo o papel parental, no sentido da promoção da autonomia e poder de decisão acerca dos recursos internos e externos, disponíveis para dar resposta às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/jovem, e das transições saúde/doença.

O suporte instrumental baseia-se nas acções e materiais proporcionados por outros, que resolvem problemas práticos e facilitam a realização de tarefas quotidianas, como por exemplo, os recursos (legislação, família, segurança social, associações e instituições de apoio, infantários) e acessibilidades existentes e disponíveis. Contudo este suporte só é efectivo quando quem o recebe percepciona a ajuda como apropriada (MARTINS, 2005).

O suporte emocional diz respeito aos comportamentos e relações que originam sentimentos de bem-estar afectivo e psicológico, fazendo com que a pessoa se sinta considerada, respeitada e querida (MARTINS, 2005).

2.2. Suporte Social nas Transições do Papel Parental: o Contributo da Enfermagem

A família é considerada a unidade básica da sociedade e local único para se proporcionar o cuidado, a educação e a segurança às crianças, bem como facilitadora do processo de desenvolvimento e realização pessoal dos seus membros.

Igualmente Vieira (2008) defende que,

> "*A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados*" (VIEIRA, 2008 p. 83).

Ao se constatar que tudo se desenvolve em torno e em função da família, é pertinente considerar-se que ela deve estar no centro da dinâmica dos cuidados, dos recursos e do

desenvolvimento de competências científicas e relacionais, e portanto ser cuidada como um todo.

O Plano Nacional de Saúde 2004/2010 provindo do Ministério da Saúde (2004) também destaca esta relevância que a família assume, considerando como uma das estratégias de obtenção de mais saúde para todos a "*abordagem centrada na família e no ciclo de vida*" (PORTUGAL, 2004 p.25).
Para além do investimento preconizado por este plano nas diferentes etapas do ciclo vital, também são realçados determinados momentos da vida que são considerados como oportunidades por excelência para realizar educação para a saúde, prevenção de doença, rastreios e outros métodos de intervenção, são por exemplo o "*nascer com saúde*" e o "*crescer com segurança*" (PORTUGAL, 2004 p.26; 28).
Estas estratégias que são classificadas como prioritárias, afiguram-se como metas para a obtenção de "*ganhos em saúde*" que segundo o Plano Nacional de Saúde dizem respeito ao aumento do nível de saúde populacional ao longo das diferentes etapas do seu ciclo vital e à redução dos encargos que as situações de doença envolvem (PORTUGAL, 2004).

Desta forma, assume-se como uma prioridade para a Enfermagem, prestar cuidados à família ao longo do seu ciclo vital, designadamente no exercício da parentalidade.
Interessa assim, introduzir o conceito de papel parental, que segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem,

> "*é um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos mesmos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente.*" (CIPE, 2006 p. 68).

A promoção do papel parental surge então como uma medida que promove a interacção dos pais de acordo com as responsabilidades parentais, de forma a garantir o crescimento e desenvolvimento do seu filho.
Contudo, este processo pode ser perturbado por inúmeras transições que exigem alterações e adaptações nos papéis familiares. Estas transições ocorrem não só quando há passagem de um estado saudável para uma situação de doença, como também nos processos de transição normativos que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/jovem e família.

As transições são cada vez mais consideradas um conceito central da Enfermagem, na medida em que um indivíduo que se encontre num processo de transição tende a estar mais vulnerável e a ter a sua saúde atingida (MELEIS, et al., 2000). Esta vulnerabilidade resulta de os indivíduos não saberem como agir diante de uma situação que nunca vivenciaram e de se sentirem inseguros perante uma nova situação.

Perante alterações na vida, saúde, relações e ambiente de uma pessoa ou família, há a necessidade de incorporar um novo conhecimento, no sentido de modificar os comportamentos e consequentemente alterar o conceito de si num contexto social, nomeadamente no período em que ocorre a transição de estado (MELEIS, et al., 1986).

Para Afaf Meleis a transição consiste na passagem de uma fase, estado ou condição para outro, que pode traduzir uma mudança no estado de saúde, no papel das relações, nas expectativas ou competências, o que significa uma mudança nas necessidades de todos os sistemas da pessoa (MELEIS, et al., 1986).

Uma característica importante das transições é que elas são essencialmente positivas. A conclusão de uma transição implica que a pessoa chegou a uma fase de maior estabilidade, relativamente ao que foi antes. Isto pressupõe que as transições são processos que incluem três fases: entrada, passagem e saída, com um fluxo temporal mais ou menos alargado (MELEIS, et al., 1986).

Este período é constituído por uma antecipação com alguns sinais e sintomas de mudança, um período de instabilidade e confusão e finalmente outro período de eventual estabilidade, que assinala o fim da transição (MELEIS, et al., 1986).

A transição é, em si, um fenómeno multidimensional e complexo, cujo desenvolvimento está relacionado com vários factores, facilitadores ou inibidores, que dependem da vivência de cada um face aos significados que atribuem às experiências de saúde e doença, do grau de envolvimento no processo de transição e da percepção sobre os fenómenos (MELEIS, et al., 2000).

As intervenções do Enfermeiro Especialista devem ser entendidas como acções interventivas e continuadas ao longo do processo de transição e precedida pela compreensão do mesmo. Igualmente, o profissional de Enfermagem deve proporcionar conhecimento e capacitação a quem o vivencia, promovendo respostas saudáveis às transições, que levem à recuperação do bem-estar através de uma prestação de cuidados congruente com as experiências únicas dos indivíduos (MELEIS, et al., 2000).

A transição para o papel parental pressupõe uma alteração da conjugalidade vivida a dois para uma parentalidade familiar. O nascimento do primeiro filho inicia uma nova fase na organização familiar, em que há a transição da função conjugal para a função parental (RELVAS, 2004). Mesmo ao longo do ciclo vital, as responsabilidades parentais vão sofrendo alterações, de acordo com as fases de desenvolvimento da criança/jovem.

Numa situação de doença ou hospitalização de um filho, a transição que decorre coloca os pais perante um papel parental pouco normativo, uma vez que estão perante um evento que não é esperado.

Ninguém se encontra preparado para assumir o papel parental de uma criança cuja vida foi abruptamente assolada por uma doença. Estas situações implicam um esforço de adaptação e reorganização do sistema familiar, para enfrentar o fenómeno (COUTINHO, 2004).

Perante estas ocorrências, cabe ao Enfermeiro Especialista melhorar o nível de informação dos pais, aumentando as suas competências no acesso aos recursos disponíveis da comunidade, promovendo o funcionamento familiar.

McCubbin e McCubbin (1994) abordados por Hockenberry (2006) referem que a adaptação bem sucedida na transição do papel parental envolve dois tipos de recursos: internos e externos.

Os recursos internos são a adaptação, que "*é reflectida no aprender a ser paciente, tornando-se mais organizado, e tornando-se mais flexível*" (HOCKENBERRY, 2006 p. 43) e a integração que envolve o facto de o casal tentar retomar algumas actividades que tinham antes da transição ocorrer.

Os recursos externos englobam os recursos comunitários e o suporte social (HOCKENBERRY, 2006).

De igual modo Araújo et al (2010) refere acerca das redes de suporte social que "*Funcionam como um recurso para adaptação ou resolução de problemas, fortalecem estratégias e recursos para lidar com as crises naturais e com as acidentais*." (ARAÚJO, et al., 2010 p. 47).

Assim, a identificação destes apoios sociais possibilita a sua utilização como recurso no cuidado, facilitando a parceria entre a equipa de saúde e a família na atenção à criança/jovem a necessitar de cuidados.

É desta forma através da aplicação de instrumentos de avaliação familiar que o Enfermeiro Especialista consegue, mediante as informações e as vivências familiares, conhecer os recursos, as redes de suporte social, e compreender as relações e vínculos que existem no seio da família (LAVALL, et al., 2009).

São estas relações e vínculos que Viera et al (2010) salienta quando faz a distinção entre rede social e suporte social. Defendendo que rede social refere-se a todo o conjunto de instituições que estão relacionadas com a família (vizinhos, escola, igreja) e suporte social, numa dimensão mais pessoal e específica, refere-se aos elementos que constituem a rede social, mas com os quais a família está directamente mais envolvida no seu quotidiano (VIERA, et al., 2010).

As autoras referem também que "*esse apoio e a rede social auxiliam no fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de agravos à saúde e também na recuperação da saúde.*" (VIERA, et al., 2010 p. 12).

Fazendo alusão a Piertrukowicz (2001) as autoras mencionam ainda que o suporte social é encarado como,

> "*um processo de interacção entre pessoas ou grupos de pessoas, que por meio do contacto sistemático estabelecem vínculos de amizades e de informação, recebendo apoio material, emocional, afectivo, contribuindo para o bem-estar recíproco e construindo factores positivos na prevenção e manutenção da*

> *saúde. O apoio social realça o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de situações quotidianas em momento de crise*". (VIERA, et al., 2010 p. 12).

Merle Mishel (1988) criou uma teoria de médio alcance denominada de "*incerteza na doença*" em que destaca o papel do enfermeiro como peça basilar no suporte dos doentes e suas famílias, como forma de reduzir a incerteza. Neste contexto, considera os enfermeiros como o suporte capaz de ajudar a clarificar a doença e suas contingências, ajudando o doente e a família a adquirir capacidades cognitivas acerca da sua doença e sofrimento, interpretando o significado dos eventos. (TOMEY, et al., 2004; CACANTE, et al., 2009).

Considerando a perspectiva funcional do suporte social que faz Barrón (1996) em Pais-Ribeiro (1999), o Enfermeiro Especialista pode auxiliar os pais na mobilização e rentabilização de suporte informativo, emocional e instrumental, perante situações de transição que comprometam as suas competências parentais. O objectivo do Enfermeiro Especialista será fornecer os instrumentos necessários para a aquisição de novas competências parentais, que permitam a tomada de decisão segura e autónoma nos cuidados aos filhos.

Para melhor compreender estas três funções do suporte social proceder-se-á à descrição mais pormenorizada de cada uma delas.

- **Suporte Informativo**

O suporte informativo surge como, o principal e mais evidente recurso a ser fornecido pelos profissionais de Enfermagem, uma vez que é um tipo de apoio que está a cargo da rede formal, e portanto prestado por profissionais com formação e conhecimentos adequados (ARAÚJO, et al., 2010).

Este tipo de suporte permite que as pessoas recebam informações e orientações que as assistam na compreensão do seu mundo e nas mudanças que nele ocorrem (MARTINS, 2005).

Perante situações em que os pais vêem comprometido o seu papel parental, melhorar o seu nível de informação pode promover o desenvolvimento das suas competências.

Neste âmbito importa intervir, promovendo o papel parental, no sentido de fomentar a autonomia e poder de decisão informado, face às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/jovem ou perante situações que comprometem a saúde da criança/jovem.

Os cuidados de Enfermagem baseiam-se na ajuda às pessoas e grupos que necessitam de adquirir instrumentos, para a tomada de responsabilidade do seu próprio bem-estar (PHANEUF, 2005), "*O conhecimento é libertador (…) deve libertar o doente da sua dependência em relação ao outro e permitir-lhe a sua evolução em direcção à autonomia e à tomada a cargo da sua pessoa.*" (PHANEUF, 2005 p. 274).

Num estudo realizado para compreender que suporte social as mães de crianças deficientes identificavam e recorriam, concluiu-se que o suporte informativo era fundamental no fornecimento de esclarecimentos acerca do estado dos filhos (BARBOSA, et al., 2009).
Também neste estudo, os profissionais de Enfermagem foram identificados pelas mães, como detentores do conhecimento necessário para as auxiliar na prestação de cuidados ao filho com deficiência, contribuindo para "…*que se sinta mais segura e respeitada em seu papel de mãe e cuidadora, e ainda possibilitar-lhe tirar as dúvidas que surgem no quotidiano de cuidados*…" (BARBOSA, et al., 2009 p. 409).

A responsabilidade do Enfermeiro Especialista para com a criança/jovem e sua família deve centrar-se em considerar as habilidades e competências dos pais como peritos no conhecimento das necessidades do próprio filho.
Assim, no contexto do modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, os enfermeiros ao manterem uma posição de supervisão devem programar e negociar processos de ensino, em que haja partilha de conhecimentos tendo em consideração as características e necessidades de cada elemento da família (FARRELL, 1994).
Igualmente, Rodrigues et al (2005) considera fulcral a conformidade dos conhecimentos aos educandos, bem como a utilização de recursos educativos adequados e que potenciem os subsídios fornecidos pelos profissionais.
Assim, os conhecimentos e ensinamentos podem ser transmitidos recorrendo a um infindável leque de recursos educativos, alguns deles disponíveis pelo acesso às novas tecnologias: documentos impressos (folhetos, periódicos, posters, livros), documentos audiovisuais e informáticos (vídeos, internet, diapositivos, transparências, fotografias, CD), material manipulável (equipamentos médicos, jogos), equipamentos (projectores de multimédia, televisão, retroprojector).

- **Suporte Emocional**

Conforme já foi referido, as transições decorrentes do ciclo vital ou as geradas por factores não normativos, abalam as competências parentais, uma vez que são geradoras de emoções e sentimentos de insegurança, medo e ansiedade (HOCKENBERRY, 2006).
Assim cabe ao Enfermeiro Especialista unir-se aos pais/família para os auxiliar a compreender a sua experiência, transmitindo-lhes segurança, disponibilidade e apoio emocional.

O suporte emocional é caracterizado por trocas compostas por atitudes emocionais positivas e clima empático, ou seja, "*Poder contar com a disponibilidade do outro indica ao sujeito que tem pessoas que lhe podem transmitir carinho e sentimentos de segurança*" (GUADALUPE, 2008 p. 84).

O suporte emocional é constituído por um conjunto de comportamentos e relações que geram sentimentos de bem-estar afectivo e psicológico, e que colaboram para que a pessoa se sinta respeitada, amada e estimada (MARTINS, 2005).

Segundo Phaneuf (2005), as famílias encontram nos enfermeiros os transmissores de segurança e de subsídios que as capacitam para enfrentar as mudanças impostas nas suas vidas.

Neste sentido, é importante que o Enfermeiro Especialista proporcione apoio emocional aos pais e criança/jovem num clima de confiança, ajuda e empatia, que para Phaneuf (2005),

> "*O estabelecimento desta relação feita de escuta e de compreensão é (…) uma dádiva da enfermeira para a pessoa cuidada para a ajudar a ultrapassar as suas dificuldades. (…) é portadora de alívio da ansiedade, de libertação de certas emoções, de serenidade e de amor pelo outro*." (PHANEUF, 2005 p. 322).

Existem várias técnicas que podem ser utilizadas pelo Enfermeiro Especialista para oferecer suporte emocional aos pais: permanecendo junto deles em momentos de maior tensão emocional e quando estão incapazes de ver os factos com clareza; ajudando-os a tomar decisões e a reconhecer as suas limitações; demonstrando sensibilidade relativamente aos seus sentimentos e necessidades; auxiliando a enaltecer e valorizar os progressos e sucessos; proporcionando um ambiente seguro; ouvindo as suas preocupações, expectativas e dificuldades (PHANEUF, 2005).

A autora refere também que,

> "*É preciso colocarmo-nos no seu lugar, o que é próprio da empatia e compreender a sua confusão. Não é muitas vezes nem muito longo nem muito difícil falar-lhes para os encorajar, para lhes pedir para explicarem como vivem esta situação, para ver do seu conforto ou para lhes proporcionar um pouco de repouso (…) Nós não temos que julgar; o nosso papel é somente de os escutar, de compreender o seu sofrimento, a sua inquietude ou a sua frustração e de os ajudar a exprimi-las, de os esclarecer sobre a situação (…)*" (PHANEUF, 2005 p. 462).

- **Suporte Instrumental**

O suporte instrumental consiste na disponibilização de ajuda na gestão de situações práticas do quotidiano (tarefas domésticas, cuidar dos filhos, fornecer refeições, emprestar dinheiro).

Guadalupe (2008) faz referência a "*um conjunto de acções ou materiais que, quando proporcionados por outrem, vão no sentido de facilitar a realização das tarefas do quotidiano, aliviando o indivíduo"* (GUADALUPE, 2008 p. 84).

Em situações que ocorrem transições da função conjugal para a parental, em que ao longo do ciclo vital da criança/jovem as competências parentais vão exigindo novas adaptações ou em ocasiões que os pais são confrontados com um evento não esperado (doença, hospitalização), o apoio instrumental pode surgir como um recurso importante.

No entanto, este apoio instrumental só é efectivo quando quem o recebe percepciona a ajuda como apropriada e vantajosa, sendo esta ajuda solicitada e aceite voluntariamente pelo destinatário (MARTINS, 2005). Quando se sucede o contrário, o apoio instrumental pode contribuir para aumentar o mal-estar e o *stress* (GUADALUPE, 2008).

O Enfermeiro Especialista possui uma série de responsabilidades no decurso da sua actividade, prestando cuidados à criança/jovem e família em situações de elevada complexidade.

Para Farrell (1994), o enfermeiro presta cuidados especializados de enfermagem à criança/jovem e cuidados familiares, estabelece estratégias de apoio que permitem o envolvimento dos pais nos cuidados à criança/jovem, desenvolve um plano de intervenção e ensinos, onde partilha técnicas e conhecimentos, salientando as capacidades da família no cuidado à criança/jovem e possui igualmente, responsabilidades no encaminhamento das famílias para outros profissionais ou instituições.

Quando não existe possibilidade de contribuir para a satisfação das necessidades quotidianas das famílias, é desta forma que o Enfermeiro Especialista pode oferecer o seu contributo no suporte instrumental às famílias… encaminhando.

O modelo de parceria de cuidados contempla a possibilidade de ser necessário recorrer a outros profissionais e instituições (FERREIRA, et al., 2004). Este encaminhamento vai promover a continuidade ou o restabelecimento do bem-estar das famílias em momentos mais conturbados das suas vidas.

A posição que os profissionais de Enfermagem ocupam na equipa de saúde pode considerar-se privilegiada e única, pelo contacto próximo que estabelece, neste caso, com os pais e a criança/jovem. Esta proximidade possibilita, muitas vezes, o primeiro contacto com as preocupações e necessidades das famílias, que estão a passar por momentos de transição, permitindo estabelecer uma relação de ajuda suficiente para providenciar o suporte informativo, emocional e instrumental necessário.

Desta forma, com a possibilidade de intervenção do Enfermeiro Especialista nas três vertentes funcionais do suporte social, o Enfermeiro constitui em si um recurso de suporte social, ao qual os pais recorrem sempre que dele necessita.

3. ANÁLISE CRÍTICA DA PRÁTICA

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Enfermeiro Especialista:

> "*…é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade*" (REPE, 1996 p. 2960).

Desta forma, é fundamental a formação especializada, através da instituição de uma prática crítico-reflexiva, dando ênfase às experiências de cada indivíduo. Neste tipo de processo de aprendizagem, o formando desenvolve uma compreensão intuitiva das situações, reforçada pela sua experiência (BENNER, 2001). Assim a especialização surge como um contributo importante para a evolução do enfermeiro de iniciado a perito.

Também o Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) faz referência a que,

> *"… o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção*" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 p.10).

Desta forma, numa perspectiva de compreender eficazmente estes diferentes contextos de assistência, bem como os diferentes níveis de prevenção à criança/jovem e família, os estágios possibilitam a reflexão a partir da acção. É da reflexão da prática que se integram novos conhecimentos, partindo da aplicação dos saberes já adquiridos e consequentemente, actua-se com mais eficácia e complexidade.

A realização destes módulos de estágio são de elevada pertinência para a aquisição de competências profissionais na área de especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, uma vez que habilita o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas mais adequadas a situações complexas, não considerando apenas como fundamental a área da prestação de cuidados, mas também as áreas da gestão, investigação, ensino, formação e assessoria (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Na sequência do enquadramento conceptual efectuado no capítulo anterior, acerca da temática pela qual se optou, centrada no suporte social como intervenção promotora do papel parental, foram definidos em projecto objectivos gerais e transversais aos três módulos de estágio, que se passam a citar:

- Desenvolver competências de forma a permitir a prestação de cuidados de enfermagem de grande complexidade à criança/jovem e família, para a promoção da sua saúde, e adaptação a situações de transição (ao longo do ciclo vital e saúde-doença/ hospitalização);
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, com ênfase no suporte social para promoção do papel parental.

De seguida, de forma a aprofundar a reflexão acerca do desenvolvimento dos estágios, vai-se proceder à descrição e análise das actividades desenvolvidas em cada módulo, face aos objectivos específicos, bem como as competências desenvolvidas.

3.1. Módulo I

O módulo I desenvolveu-se em Unidades de Saúde que têm como objectivos a prevenção e promoção da saúde familiar.
Este primeiro módulo foi dividido em dois momentos de prática clínica, recursos da comunidade e cuidados de saúde primários, que vão ser descritos seguidamente.

3.1.1.Recursos da Comunidade

O estágio de *Recursos da Comunidade* foi desenvolvido na Consulta Externa do Hospital Garcia de Orta.

- **Objectivos específicos**

Os objectivos que foram delineados para este estágio tiveram que ser temporalmente exequíveis e em simultâneo passíveis de contribuir para a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Desta forma, os objectivos traçados foram:

- Conhecer a dinâmica organizacional e funcional da Consulta Externa do Hospital Garcia de Orta;
- Contribuir para o aprofundamento de conhecimentos acerca do suporte social.

- **Enquadramento institucional e situacional**

O Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta presta assistência a uma população de mais de 50 mil crianças e jovens dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.
A Consulta Externa de Pediatria que se encontra integrada no Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta, presta assistência às crianças e jovens que são referenciados quer para consultas de pediatria geral, quer para sub-especialidades pediátricas. Estas são a pneumologia, nefrologia, hematologia, gastrenterologia, dermatologia, neurocirurgia, ortopedia e endocrinologia.
Esta referenciação pode ser efectuada pelo serviço de pediatria, serviço de urgência pediátrica, centro de desenvolvimento da criança da instituição ou pelo centro de saúde.
A equipa de Enfermagem é responsável pela realização da Consulta de Enfermagem prévia às consultas médicas de pediatria geral, pneumologia, hematologia, endocrinologia (obesidade e diabetes). As restantes valências só têm apoio da Enfermagem quando solicitado, na medida em que os recursos humanos não são suficientes para tantas sub-especialidades.
A equipa de Enfermagem realiza a todas as crianças/jovens que são admitidas e acolhidas nesta consulta, um questionário que visa uma primeira colheita de dados acerca da criança e seu contexto familiar e social. Esta colheita de dados contempla um passo denominado de *suporte social*, que na ausência de um guia orientador para o seu preenchimento, cada elemento da equipa interpreta-o de acordo com o seu conhecimento pessoal acerca do assunto.
Após uma breve apresentação à equipa de Enfermagem da temática do projecto a desenvolver nos módulos, revelaram interesse e curiosidade em aprofundar os conhecimentos sobre a matéria do suporte social, na medida em que existia a pretensão de rever o instrumento de colheita de dados e consequentemente elaborar o seu guia orientador.

Ao longo da experiência nesta instituição foi efectuada a observação das consultas de pneumologia.
As consultas de Enfermagem na área da pneumologia são consultas onde recorrem sobretudo crianças e jovens com doenças pulmonares crónicas obstrutivas, maioritariamente com asma. São crianças/jovens e famílias que apresentam algumas dificuldades sobretudo na adesão à terapêutica.
Nesta consulta de Enfermagem, entre outras intervenções de suma importância, é sobretudo, promovida a adesão aos tratamentos, enfatizando o ensino da correcta utilização dos dispositivos de inalação medicamentosa, bem como a avaliação e procedimentos a realizar numa situação de crise.
Procura-se que os pais e a criança/jovem assumam competências que lhes permita actuar de forma autónoma, optimizando os recursos que têm disponíveis.

- **Actividades desenvolvidas e impacto**

No decurso dos três dias de observação, foi possível assistir às consultas de pneumologia, e desta forma compreender a dinâmica e funcionamento da Consulta Externa, bem como o papel do Enfermeiro Especialista.

Foi observado que o principal papel do Enfermeiro Especialista nesta área é o de contribuir para que as crianças/jovens e suas famílias reforcem as suas competências e encontrem os melhores recursos para enfrentar o sofrimento e as dificuldades quotidianas que a doença provoca.

Foi igualmente possível constatar que para atingir o propósito acima referido, a equipa de Enfermagem está em constante contacto com a restante equipa de saúde. Num clima de parceria, procuram envolver a criança/jovem e família no controlo da própria doença e na prevenção de situações de crise, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de todo o sistema familiar. Desta forma, conseguem efectuar a monitorização da doença e despistar os factores que conduzem à não adesão ao tratamento.

Em todas as consultas os ensinos foram uma realidade, em que o profissional de saúde adequou a sua actuação a cada criança/família.

Como forma de documentar estas constatações foi elaborado um documento reflexivo da prática encontrada (Anexo 1).

Como foi referido anteriormente, a equipa de Enfermagem revelou interesse em aprofundar conhecimentos na área do suporte social, para minimizar esta necessidade foi entregue uma compilação de artigos, em suporte informático, acerca da temática (Anexo 2).

Desta forma, as actividades desenvolvidas permitiram o desenvolvimento de competências no domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais, na medida em que foi deixado um contributo para o início de um processo de revisão de um documento de suma importância na prática de cuidados da equipa. Assim esta cooperação assumiu-se como facilitadora do processo de aquisição de novos conhecimentos da equipa de Enfermagem, contribuindo para o favorecimento da aprendizagem e desenvolvimento de novas habilidades e competências.

3.1.2.Cuidados de Saúde Primários

O estágio de *Cuidados de Saúde Primários* foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa da Caparica, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde de Almada.

- **Objectivos específicos**

Para este estágio foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- Desenvolver competências a nível da intervenção em cuidados de saúde primários, nomeadamente no contexto da Consulta de Saúde infantil e Juvenil, para a assistência de enfermagem avançada à criança/jovem e família;
- Contribuir para a promoção do papel parental, no contexto da comunidade.

- **Enquadramento institucional e situacional**

A UCSP da Costa da Caparica está inserida no concelho de Almada e integra quatro localidades do concelho.

Segundo os Censos de 2001, a freguesia da Costa da Caparica acolhia 11708 habitantes, sendo cerca de 1419 imigrantes, maioritariamente provenientes do Brasil (INE, 2001). Actualmente estima-se que o número de imigrantes tenha ascendido aos 7800.

Este aumento significativo do número de imigrantes fez com que a procura de serviços de saúde excedesse a oferta, resultando num grande número de utentes sem médico de família.

É notório o esforço da equipa de Enfermagem para colmatar este problema, fazendo recurso da rotatividade em várias áreas de intervenção, consoante as necessidades e uma inter-ajuda constante.

Na UCSP da Costa da Caparica existem em vigor os seguintes programas de saúde: Saúde Materna e Planeamento Familiar, Saúde Infantil e Juvenil, Vacinação, Saúde do Adulto e Cuidados Domiciliários.

O Programa de Saúde Infantil e Juvenil engloba a consulta de Enfermagem e a consulta médica.

Segundo as orientações técnicas enunciadas pela DGS (2002), a consulta de Saúde Infantil e Juvenil destina-se à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem, desde o nascimento até ao final da adolescência (18 anos). Estas consultas devem ser efectuadas com a periodicidade e conteúdos, igualmente determinados pela DGS. A primeira consulta é realizada o mais cedo possível, de preferência na primeira semana após a alta da Maternidade, para que possa ser feito o rastreio de doenças metabólicas.

Contudo, é visível uma descontinuidade dos cuidados, no que diz respeito à comparência regular das crianças nas consultas.

Foi também constatado que devido ao crescente fluxo de novos utentes imigrantes à UCSP, estes apresentam alguma dificuldade na forma como devem proceder quando procuram os serviços de saúde, no que diz respeito ao funcionamento da unidade.

A UCSP da Costa da Caparica articula-se com uma série de valências e recursos comunitários. Desta forma, as crianças/jovens podem ser encaminhados para a higienista oral, assistente social, psicóloga, nutricionista, sempre que o enfermeiro ou o médico detectem essa necessidade. Existe também articulação com o Hospital Garcia de Orta, o que permite uma continuidade de cuidados, quando as crianças/jovens têm alta clínica da instituição e no processo inverso.

Foi efectuada uma alteração recente no Sistema de Informação de Enfermagem, na UCSP da Costa da Caparica, de *scripto* (suporte papel) para *informo* (suporte informático), e o ACES de Almada optou pelo Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).
O core de focos do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil nos centros de saúde, foi enunciado pela Ordem dos Enfermeiros em 2007 e é constituído pelos focos: adesão à vacinação, amamentação, desenvolvimento infantil, excesso de peso, parentalidade e uso de contraceptivos (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007).
Verificou-se que a UCSP da Costa da Caparica não tem associado ao Programa de Saúde Infantil e Juvenil o fenómeno da parentalidade, bem como também se constatou que nem todos os recursos disponibilizados pelo programa estavam a ser utilizados e rentabilizados, como é o caso dos instrumentos de avaliação familiar.

Relativamente à temática que havia pretensão de desenvolver ao longo do estágio, *suporte social como promotor do papel parental*, a equipa de Enfermagem demonstrou em reuniões informais conhecimento de alguns recursos da comunidade com os quais habitualmente faziam articulações, no entanto, revelaram desconhecer as reais potencialidades que o suporte social pode ter na promoção do papel parental, enquanto intervenção de Enfermagem.

- **Actividades desenvolvidas e impacto**

Durante o estágio houve a possibilidade de integrar a Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, prestando cuidados directos de maior complexidade à criança/jovem e família.
Nestas consultas foi avaliado o crescimento e desenvolvimento das crianças/jovens e foram despistadas situações que eventualmente poderiam vir a influenciar negativamente a sua saúde e bem-estar. Estas situações estavam, sobretudo relacionadas com alterações do papel parental.
Para auxiliar os pais na aquisição de competências parentais, foram realizados ensinos acerca de várias temáticas: amamentação, alimentação, prevenção de doenças infecciosas, prevenção de acidentes, actividades lúdicas e de lazer, cuidados de higiene e conforto, padrão de eliminação. Foi enfatizada a importância do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e a assiduidade às Consultas de Saúde Infantil e Juvenil. Às crianças/jovens que não compareciam às consultas estipuladas eram realizadas convocatórias telefónicas.

Foram realizadas consultas no âmbito do Exame Global de Saúde, que acrescentou às avaliações do crescimento e desenvolvimento, o rastreio de perturbações visuais e auditivas, procedendo à articulação com a Saúde Escolar, pertencente à UCSP do Monte.

Uma das necessidades detectadas ao longo do diagnóstico de situação, estava relacionada com o facto de ter havido um acréscimo do número de utentes da UCSP, sendo que na sua maioria, estes eram imigrantes de origem brasileira. Esta população não estando enquadrada com a realidade do nosso país, demonstrava desconhecer a organização dos serviços de saúde e o seu funcionamento, nomeadamente no que dizia respeito aos cuidados às suas crianças.
Assim, foram construídos três guias de acolhimento, um relativo à Vacinação, outro à Consulta de Saúde Infantil e Juvenil e um terceiro para a Consulta de Atendimento Urgente.
O acolhimento a uma criança/jovem e sua família é um processo que não deve ficar só pela entrega de um folheto, contudo este é um instrumento que nos serviços de saúde pediátricos constitui o principal meio de informação (SANTOS, 2006).

A equipa solicitou por uma questão de logística que estes guias fossem elaborados no formato de folheto desdobrável, de folha única.
A informação contida nos folhetos foi apresentada numa linguagem simples e clara, com recurso a fotografias exemplificativas dos documentos que os utentes necessitam levar quando se deslocam com as crianças/jovens à UCSP.
Os guias de acolhimento visaram fornecer orientações acerca da documentação que devem levar quando se deslocam com a criança à UCSP, os procedimentos que devem ter quanto à marcação de consulta ou na vacinação e algumas mensagens que enaltecem os cuidados que os pais prestam aos seus filhos, procurando motivá-los a aderir aos cuidados de saúde pelo reforço positivo.
Chaves et al defendem que os profissionais de saúde não devem ser indiferentes aos instrumentos de apoio educativos, uma vez que aprender a partir de documentos impressos adequados à literacia dos utentes, é uma forma de promover a aprendizagem (CHAVES, et al., 2010).

Noutro âmbito, foi realizado um estudo de caso que surgiu, primeiro como forma de colmatar a necessidade pessoal de compreender uma família enquanto sistema, e depois como estratégia para deixar à equipa de Enfermagem um contributo que revela as potencialidades da utilização dos instrumentos de avaliação familiar.
O estudo de caso desenvolvido teve como tema "*Um olhar sobre o papel parental no recém-nascido*", e incidiu numa família com um primeiro filho recém-nascido.
O nascimento de um primeiro filho inicia uma nova fase na organização familiar, em que há uma transição considerada normativa, da função conjugal para a função parental (RELVAS,

2004). Isto implica a aquisição de novas competências que se prendem com a assunção do papel parental.

A escolha da referida família deveu-se também à necessidade de estabelecer variados contactos que permitissem efectuar uma colheita de dados e plano de cuidados completos. Assim, sendo o recém-nascido amamentado, exigia que houvesse um controle do peso semanal até um mês de vida, o que permitiu estabelecer vários contactos com a criança e pais.

Esta família participou de livre vontade no estudo de caso e assinou um documento de consentimento informado. O início deste processo exigiu que fosse descrito à família o fundamento do estudo, os seus objectivos e as considerações ético-legais que o sustentam.

Uma das razões para a apresentação do consentimento informado é o respeito pela pessoa. Cada ser é único, detentor de princípios e dignidade, que lhe permite assumir a própria individualidade. Este é um conceito que está associado ao conceito de autonomia, que permite a cada um efectuar escolhas e tomar decisões de forma autónoma acerca do seu futuro (ERS, 2009).

Para a realização deste estudo de caso recorreu-se como metodologia ao Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIREDO, 2009), que permitiu efectuar a avaliação da família através da entrevista como método de colheita de dados.

Os instrumentos de avaliação familiar são ferramentas elementares para a qualidade dos cuidados prestados às famílias. Com a sua aplicação, é possível compreender pensamentos, comportamentos e crenças das famílias, conhecer o sistema familiar, as relações e vínculos existentes entre os seus elementos e conhecer os recursos e apoios sociais (LAVALL, et al., 2009).

Igualmente como actividade de estágio foi realizado um manual acerca do suporte social (Anexo 3), como intervenção promotora do papel parental. Esta foi uma necessidade identificada no diagnóstico de situação, e a elaboração deste manual, procurou a clarificação de alguns conceitos, bem como demonstrar algumas aplicabilidades que o suporte social pode ter nas intervenções diárias de Enfermagem, promotoras do papel parental.

Este manual, após um breve enquadramento teórico da temática, foi composto por algumas dessas intervenções, subdivididas de acordo com as dimensões funcionais que constituem o suporte social (suporte informativo, emocional e instrumental).

Pretendeu-se que o manual "*Suporte Social para a Promoção do Papel Parental*", constituísse um instrumento dinâmico e de consulta para a equipa de Enfermagem da UCSP da Costa da Caparica, desta forma, foi deixado o desafio e ser dada continuidade à actualização do mesmo, de acordo com as necessidades que a equipa encontre.

Como forma de divulgação, os guias de acolhimento (como suporte informativo) e o estudo de caso (como instrumento de avaliação familiar) foram integrados neste manual.

As actividades desenvolvidas ao longo deste estágio permitiram desenvolver uma série de competências pessoais, relacionais e profissionais.

Assim, foi possível desenvolver competências no domínio da assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde, na medida em que através da prestação de cuidados e das restantes actividades desenvolvidas, foram implementados em parceria, planos promotores da parentalidade. Da mesma forma, foram diagnosticados precocemente doenças comuns e situações de risco que pudessem afectar a qualidade de vida da criança/jovem e planeadas as respectivas intervenções, de acordo com a individualidade de cada caso.
Também foram desenvolvidas competências no âmbito da prestação de cuidados em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança, através da promoção do seu crescimento e desenvolvimento infantil (Consulta de Saúde Infantil e Juvenil), promoção da vinculação particularmente no caso do recém-nascido (Consulta de Saúde Infantil e Juvenil e mais evidente no estudo de caso) e adequação da comunicação com a criança e família de acordo com o estádio de desenvolvimento, crenças e cultura.

No domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, está subjacente à prestação directa de cuidados, o exercício seguro, profissional e ético, tal como a promoção de práticas de cuidados que têm em consideração o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Esta competência também ficou evidente na elaboração do estudo de caso, através do respeito da unicidade da pessoa, autonomia e poder de decisão.

No âmbito do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais, este estágio permitiu que fosse desenvolvido auto-conhecimento que facilitou a identificação de factores que pudessem interferir no relacionamento com a pessoa/utente e com a equipa de saúde da UCSP da Costa da Caparica. Foi nesta relação que foi possível reconhecer os recursos e limites pessoais e profissionais, e assim desenvolver a congruência entre auto e hetero-percepção.
Em função dos padrões de conhecimento adquiridos ao longo da experiência profissional e pessoal, assentou a tomada de decisão e as intervenções aplicadas. Igualmente, com base na experiência profissional foram desenvolvidas competências facilitadoras da promoção da aprendizagem no seio da equipa, relativamente a conceitos novos ou de desconhecimento geral.

3.2.Módulo II

O módulo II foi realizado numa unidade de saúde que tem por objectivo tratar crianças/jovens com problemas de saúde de natureza aguda/crónica e com doença resultante de problemas médico/cirúrgicos.

3.2.1.Internamento de Pediatria

Este estágio foi desenvolvido no serviço de Internamento de Pediatria do Hospital dos Lusíadas.

- **Objectivos específicos**

Os objectivos delineados para este estágio no Internamento de Pediatria foram:

- Desenvolver competências a nível da intervenção no contexto de doença/hospitalização, para a assistência de enfermagem avançada à criança/jovem e família;
- Contribuir para a promoção do papel parental, inserida no contexto de doença/hospitalização, através do suporte informativo, emocional e instrumental.

- **Enquadramento institucional e situacional**

O Hospital dos Lusíadas é um hospital de gestão privada, que possui acordos com as principais seguradoras, subsistemas de saúde e equiparados, que permite a um vasto leque de clientes ter acesso a serviços do hospital. Desta forma, qualquer pessoa pode ser assistida no Hospital dos Lusíadas, tanto como particular, como ao abrigo das referidas convenções.

A Unidade de Pediatria do Hospital dos Lusíadas integra três sectores: o ambulatório urgente, o ambulatório não urgente e o internamento pediátrico.
O serviço de Internamento de Pediatria é constituído por quartos maioritariamente individuais, com condições para um acompanhante permanecer ao longo de todo o período de hospitalização da criança/jovem. O serviço possui ainda, em fase de aprovação da administração, uma sala de brincadeiras destinada à ocupação dos tempos livres das crianças.

Neste serviço são admitidas todas as crianças/jovens até aos dezasseis anos de idade, com patologias tanto do foro médico, como cirúrgico.
O internamento de crianças com patologia médica provêm maioritariamente do serviço de urgência, os internamentos de etiologia cirúrgica são na sua maioria programados e provenientes da consulta de cirurgia.

A equipa de Enfermagem é constituída por enfermeiros do quadro da instituição e maioritariamente, por enfermeiros em prestação de serviços em regime de recibo verde. A equipa presta serviço em todas as valências da Unidade de Pediatria.

Após reuniões com a Direcção de Enfermagem e com a orientadora do estágio para validar as actividades a realizar no serviço, conclui-se que integrado na temática do projecto, seria pertinente a elaboração de um projecto que visasse a realização de um controlo pós-cirúrgico das cirurgias de ambulatório.

Esta é uma necessidade que surge como prioritária para o serviço de Internamento de Pediatria, na medida que cerca de 50% dos internamentos são resultantes de cirurgias de ambulatório. As crianças/jovens submetidas a estas cirurgias têm altas precoces para o domicílio, o que pode induzir alguma insegurança nos pais. Daí que se julgue pertinente acompanhar o pós-operatório destas crianças/jovens no domicílio, procurando fornecer algum suporte, seja informativo, emocional ou instrumental.

Outra das necessidades que emergiu destas reuniões está relacionado com a ausência de um guia de acolhimento ao Internamento de Pediatria direccionado aos pais.

O Hospital dos Lusíadas encontra-se em processo de acreditação pela Joint Comission. Esta é uma organização independente que aprova e certifica as instituições de saúde. A certificação e acreditação fornecida pela Joint Comission é reconhecida como um símbolo de qualidade e reflecte o compromisso da organização e o cumprimento de determinados padrões de desempenho.

Quando uma organização prestadora de cuidados de saúde adere a um processo de acreditação assume a responsabilidade e o compromisso com a segurança, com a ética, com as competências técnicas e com a garantia de qualidade no atendimento e assistência à população.

Desta forma, as necessidades levantadas correspondem a requisitos que esta organização de acreditação pretende ver colmatadas.

- **Actividades desenvolvidas e impacto**

Durante o estágio no Internamento de Pediatria houve a possibilidade de prestar cuidados directos de maior complexidade à criança/jovem e família, especialmente dirigido à adaptação ao processo de doença.

Foram cuidados que rentabilizando as competências profissionais já adquiridas, visaram o cuidado centrado na família, reconhecendo que os pais são os principais conhecedores dos seus filhos. Esta foi uma relação que foi estabelecida apoiada no respeito, colaboração e apoio. Os cuidados prestados procuraram dar resposta às necessidades individuais da família como sistema, e de cada um como indivíduos únicos.

Os dois conceitos básicos destes cuidados centrados na família são a capacitação e o "*empoderamento*" (HOCKENBERRY, 2006).

No decorrer desta experiência, os cuidados prestados à criança/jovem e sua família tiveram como principal pressuposto a promoção do papel parental, habilitando os pais a adquirir novas aptidões, que permitissem a tomada de decisão autónoma acerca das necessidades da criança/jovem e família, que atravessam uma transição pouco normativa que é a doença.

A parceria entre o profissional de Enfermagem e os pais é um mecanismo poderoso, tanto para a capacitação quanto para o "*empoderamento*" do seu papel parental (HOCKENBERRY, 2006).

Para dar resposta à necessidade levantada relativamente ao controlo das crianças/jovens no pós-operatório de cirurgias ambulatórias, foi elaborado um projecto que visou justificar a importância da realização de um contacto telefónico para o domicílio da criança/jovem e sua família nas 24 horas após a alta hospitalar. O projecto foi denominado de "*Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24*" (Anexo 4).

As cirurgias de ambulatório implicam que a criança/jovem venha do seu domicílio, seja intervencionada nesse mesmo dia, regressando algumas horas após a cirurgia ao seu domicílio na companhia dos seus familiares.

De certa forma, esta é uma conduta que vai ao encontro do primeiro artigo que orienta a Carta da Criança Hospitalizada, estabelecendo que "*A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia*" (SANTOS, 2006 p. 27).

Considerando este aspecto, existem inúmeras intervenções cirúrgicas e exames diagnósticos que podem ser realizados em regime ambulatorial. E assim, para além dos benefícios económicos e operacionais, existem vantagens para a criança/jovem, na medida em que é reduzido o impacto psicológico e emocional da hospitalização.

Contudo, existem alguns riscos associados à alta precoce, nomeadamente no que diz respeito à ansiedade gerada nos pais, por terem que levar o seu filho para casa depois de ter sido submetido a uma cirurgia.

Desta forma foi proposta a implementação de um contacto telefónico aos pais 24 horas após a alta da criança/jovem.

O projecto apresentado foi composto por um instrumento orientador desse mesmo contacto telefónico, que possui vários campos de informação, o primeiro orientado para uma colheita de dados identificativos da criança/jovem e da pessoa significativa, um segundo campo destinado ao preenchimento dos dados relativos ao internamento. Objectivamente, durante o internamento procede-se ao preenchimento destes dois campos, como forma de sinalizar o contacto telefónico a realizar 24 horas após a alta.

O terceiro campo do instrumento orientador diz respeito aos dados que devem ser colhidos no decorrer do contacto telefónico. Inicialmente o enfermeiro que realiza o contacto, efectua uma pergunta aberta aos pais que vai permitir a verbalização do estado geral da criança e posteriormente o enfermeiro orientará o contacto para uma série de perguntas fechadas, que permitam a obtenção de dados mais específicos.

Ao ser detectado algum tipo de intercorrência, foi contemplado um campo que permite assinalar o tipo de encaminhamento efectuado.
Por fim, foi contemplado um campo de controlo de qualidade, que procura saber que tipo de utilidade os pais encontraram no contacto telefónico, bem como algumas sugestões para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Após a aceitação do projecto pela Direcção de Enfermagem foi realizada a aplicação prática do contacto telefónico, a fim de verificar a sua pertinência junto dos pais.
Durante duas semanas, foi estabelecido o contacto para a pessoa significativa de todas as crianças/jovens submetidos a cirurgias do foro ambulatório.
Efectivamente, todos os pais contactados foram da opinião que o contacto foi de grande utilidade, com justificativas agrupadas em quatro grupos: apoio e suporte, humanização, qualidade dos cuidados e esclarecimento de dúvidas.

A utilização do telefone para intervenções na saúde tem ganho uma boa aceitação por parte dos grupos vulneráveis, uma vez que promove o aumento das capacidades dos familiares cuidarem do elemento doente da família (SANCHEZ, et al., 2010).
A implementação deste projecto demonstrou ser importante na continuidade dos cuidados, garantindo uma avaliação permanente da condição geral da criança/jovem, bem como no esclarecimento de dúvidas e capacitação dos pais para cuidarem dos seus filhos com segurança e autonomia no domicílio. Para a instituição este procedimento constituiu uma mais-valia na melhoria da qualidade, na fidelização dos clientes e a um baixo custo.
Inicialmente foi proposto a promoção de um momento formativo que permitisse a divulgação do projecto à equipa de Enfermagem, no entanto, a estratégia teve que ser alterada porque não foram reunidas a nível de instituição as condições necessárias.
Desta forma, optou-se por efectuar a divulgação à equipa de Enfermagem, através de uma norma de procedimento que sustentou a "*Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24*" (Anexo 5).

Para dar resposta a outra necessidade identificada no serviço de Internamento de Pediatria do Hospital dos Lusíadas, procedeu-se à elaboração de um guia de acolhimento (Anexo 6).
A existência de um guia de acolhimento que forneça todas as indicações de como os pais podem e devem cuidar dos seus filhos ao longo do internamento é de extrema importância, tal como dar conhecimento das normas que vigoram no serviço e que têm de ser respeitadas (SANTOS, 2006).
A autora supracitada, reforça relativamente ao guia de acolhimento que,

> "*não pode de modo algum substituir os diálogos de acolhimento e posteriores com os prestadores de cuidados do serviço, de modo a haver um conhecimento recíproco dos vários intervenientes deste processo, única possibilidade de esclarecer dúvidas que evitarão determinados constrangimentos que só irão prejudicar a tarefa desejada - **o bem-estar da criança/adolescente***" (SANTOS, 2006 p. 51).

O guia elaborado para além de apresentar as normas do serviço de internamento de pediatria e as indicações de como os pais podem e devem cuidar dos seus filhos, também foi constituído pela exposição dos princípios da Carta da Criança Hospitalizada.

Este documento definiu de forma clara alguns dos direitos da criança, "*que uma vez garantidos asseguram a excelência do acolhimento e estadia da criança no hospital e que juntamente com a excelência do desempenho técnico científico, contribuem para uma prestação de cuidados de qualidade à criança internada*" (SANTOS, 2006 p. 96).
Este foi o principal objectivo a atingir quando se efectuou a articulação do guia de acolhimento com a apresentação dos princípios que norteiam a Carta da Criança Hospitalizada.
Tal como na actividade anterior, como forma de dar a conhecer o guia de acolhimento à equipa de Enfermagem foi executada uma norma de procedimento relativa ao acolhimento (Anexo 7).

Com o desenvolvimento das supracitadas actividades houve a possibilidade de desenvolver competências no domínio da Gestão da Qualidade, na medida em que a realização, tanto do projecto "*Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24*" como do guia de acolhimento veio demonstrar a capacidade de colaborar na concretização de projectos/programas de melhoria da qualidade.
No contexto da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, foram incrementadas competências na medida em que foi demonstrado que houve uma tomada de decisão ética decorrentes de situações da prestação directa de cuidados à criança/jovem e família. Ao longo desta prestação de cuidados foi preservada e protegida a autonomia, a dignidade e os direitos da criança/jovem e família; houve sigilo dentro dos parâmetros legais e regulamentares; foi adoptada uma postura de *advocacy* (BENNER, 2001) ajudando os pais a desenvolverem habilidades para a própria defesa; foi promovido o exercício profissional dentro dos limites do Código Deontológico.
No âmbito da Gestão dos Cuidados, foram optimizados os meios para dar resposta ao processo de cuidados, através da implementação de normas de procedimento, que visaram melhorar a informação das intervenções de Enfermagem. As normas de procedimento surgiram como estratégia alternativa, que de certa forma veio promover o desenvolvimento de competências na área da adequação de técnicas, cuja pretensão foi demonstrar as tarefas e as práticas a delegar.
Como já foi descrito, no decorrer do estágio as actividades elaboradas proporcionaram o desenvolvimento de competências relacionadas com a assistência à criança/jovem em parceria com os pais, procurando a maximização da sua saúde, bem como cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade, através do suporte informativo, emocional e instrumental. A aquisição destas últimas competências foram especialmente marcadas pela intervenção em parceria com uma mãe, na adaptação da sua filha a uma situação de incapacidade (paraplegia).

3.3. Módulo III

Este terceiro módulo foi dividido em dois momentos de prática clínica, um numa unidade de saúde de urgência e outra numa unidade de neonatologia. Este último, como já foi referido, não foi realizado por ter sido atribuída creditação neste contexto de intervenção.
O estágio em unidade de saúde de urgência teve por objectivo tratar de crianças com os referidos problemas de saúde.

3.3.1. Urgência Pediátrica

O estágio de Urgência Pediátrica decorreu na Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico do Hospital dos Lusíadas, já anteriormente descrito.

- **Objectivos específicos**

Os objectivos traçados para este módulo foram:

- Desenvolver competências a nível da intervenção em contexto Urgência Pediátrica, para a assistência de enfermagem avançada à criança/ jovem e família;
- Contribuir para a promoção do papel parental, inserida no contexto da Urgência.

- **Enquadramento institucional e situacional**

O enquadramento institucional já foi descrito no módulo anterior, uma vez que se trata da mesma entidade hospitalar.
Assim, relativamente à Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico o objectivo prende-se com a prestação de cuidados médico-cirúrgicos urgentes e emergentes à criança/jovem em situação de doença aguda.
O espaço físico do serviço está dividido em sala de espera, gabinetes de observação médica, sala de tratamentos, sala de terapêutica inalatória, sala de observação de pediatria e partilhada com a urgência de adultos, sala de pequena cirurgia, sala de traumatologia/gessos e sala de reanimação.
Nesta unidade não existe uma triagem formalmente imposta, embora seja um projecto que está a aguardar a respectiva aprovação da administração da instituição para que seja implementado. Desta forma, segundo a instituição, os profissionais responsáveis pelos serviços administrativos e que iniciam o processo de admissão à criança/jovem e família, possuem

formação que permite a realização de uma triagem não profissional, de forma a permitir criar prioridades no atendimento. Sempre que surge alguma dúvida é solicitada a colaboração do enfermeiro de balcão, e se a situação clínica da criança exigir é efectuado o encaminhamento imediato para a sala de tratamentos, onde aguardará a observação médica.

Existem três gabinetes de observação médica, onde como o próprio nome indica são efectuadas as observações das crianças/jovens pelos médicos de serviço.

A sala de tratamentos está destinada à realização de tratamentos e técnicas diagnósticas, que embora pareça um pouco reducionista, não se limita a uma sala de execução de tarefas, mas igualmente um momento onde é efectuada educação para a saúde, e entre profissionais são debatidas algumas questões relacionadas com a actuação do enfermeiro, perante situações como as medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor.

A sala de terapêutica inalatória caracteriza-se por um espaço destinado às crianças/jovens que necessitam de realizar aerossolterapia e que carecem de maior vigilância. Este também é um momento em que são frequentemente realizados ensinos aos pais.

A sala de observação, com a lotação de quatro vagas, tem como funcionalidade a permanência da criança/jovem com doença aguda para estabilização do quadro clínico e/ou esclarecimento de diagnóstico. O período de internamento não deve ir além de 8 horas, após o que o doente deve ser transferido para o Internamento de Pediatria, para outra unidade hospitalar ou ter alta para o domicílio.

As salas de pequena cirurgia, traumatologia/gessos e reanimação, são partilhadas com a urgência de adultos, o que idealmente não devia acontecer.

Assim, na sala de pequena cirurgia são realizados procedimentos mais invasivos, sobretudo os que requerem sedação, maioritariamente suturas de pequenas feridas. Aqui o enfermeiro para além de dar apoio ao médico, promove intervenções autónomas, como o toque terapêutico ou a compreensão empática.

Na sala de traumatologia são realizados procedimentos maioritariamente do foro ortopédico. E na sala de reanimação, dão entrada directa as crianças que necessitam de cuidados urgentes/emergentes.

À semelhança do que aconteceu no módulo anterior, as actividades programadas tiveram que ser apresentadas e validadas perante a Direcção de Enfermagem.

Desta forma, integrando a temática do projecto, foi proposta a realização de uma sessão de formação acerca da dor em crianças e jovens. Pela primeira vez o Hospital dos Lusíadas vai iniciar a implementação do plano de formação anual, pelo que cada serviço responsabilizou-se pelo levantamento das necessidades formativas de cada equipa de Enfermagem. A temática da dor foi uma das necessidades emergentes.

Como foi referido no módulo II, o Hospital dos Lusíadas encontra-se em processo de acreditação pela Joint Comission, que inclui o controlo da dor como um dos parâmetros a serem avaliados para se determinar a qualidade no atendimento hospitalar.

Desta forma a Joint Commision pretende que as instituições desenvolvam processos para orientar os cuidados de controlo da dor permitindo:

> "*assegurar que a dor (…) apresentada pelos doentes será avaliada e devidamente controlada; garantir que os doentes com dores (…) serão tratados com dignidade e respeito; avaliar os doentes, sempre que seja necessário, para detectar a existência de dores (…); planear abordagens preventivas e terapêuticas para garantir o controlo da dor(…); educar os doentes e o pessoal sobre o controlo da dor(…).*" (JCI, 2007 p. 104).

A execução das actividades propostas foi desta forma contribuir também para o processo de acreditação da instituição.

- **Actividades desenvolvidas e impacto**

Ao longo do estágio na Unidade de Atendimento Urgente Pediátrico foi possível prestar cuidados directos de maior complexidade à criança/jovem e família, especialmente dirigidos à adaptação ao processo de doença aguda.

Uma das experiências mais traumáticas para a criança/jovem e os pais é a admissão num serviço de urgência. O surgimento repentino de uma doença pode abalar todo o sistema familiar, e constituir-se um momento de crise.

Os cuidados prestados no serviço de Atendimento Urgente Pediátrico foram mais uma vez sustentados pelas competências profissionais já adquiridas.

Desta forma, os cuidados focaram-se sobretudo na promoção de uma relação empática com os pais e com a criança/jovem, reconhecendo os motivos que os levaram a recorrer à urgência e desmistificando as suas dúvidas, de forma a capacitar os pais a cuidarem dos filhos naquela situação de crise e a fortalecer a sua confiança e autonomia.

A promoção de um ambiente calmo e humanizado revela-se de extrema importância, sobretudo num serviço onde tendencialmente há mais agitação. Assim, os cuidados prestados incidiram na minimização do sofrimento da criança e na maximização do seu conforto, promovendo o acompanhamento constante da criança pelos pais.

Para responder às necessidades identificadas no serviço em questão, foi preparada uma sessão de formação acerca da temática "*Dor em Pediatria: o 5.º sinal vital".*

Previamente foi entregue à equipa de Enfermagem um questionário de diagnóstico de necessidades formativas, cujos resultados revelaram que dos doze enfermeiros que devolveram as respostas, 83% revelou bastante interesse em relação à temática da dor em pediatria. Somente 17% teve formação anterior acerca da matéria e 92% revela interesse em complementar a sua formação nesta área.

Consequentemente procedeu-se à preparação da sessão de formação e respectiva divulgação.

A formação teve a participação de sete enfermeiros do serviço de Atendimento Urgente Pediátrico, e foi possível efectuar uma avaliação da mesma com recurso a um questionário de avaliação da sessão de formação.
Assim, 71% dos participantes classificaram os conteúdos como bastante interessantes e a totalidade considerou que contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos, destacando que o despiste dos sinais de dor na criança, as escalas de avaliação e as medidas não farmacológicas para controlo da dor são as temáticas de maior utilidade na prática quotidiana.

Em simultâneo foi elaborado um manual denominado de "*Dor em Pediatria: o 5.º sinal vital*" constituído pelos conteúdos que sustentaram a sessão de formação: noções relativas à especificidade da dor em pediatria, a sua fisiopatologia, as reacções que as crianças em diferentes etapas do ciclo vital podem manifestar, escalas da dor em pediatria, as medidas de controlo da dor não farmacológicas e o suporte social na família com dor (Anexo 9).
O objectivo da concretização deste manual foi o de disponibilizar um suporte de consulta à equipa de Enfermagem acerca da temática em questão.
Como forma de relatar todos estes factos acima mencionados, procedeu-se à realização de um relatório de formação (Anexo 8).

A opção pela abordagem exclusiva às medidas não farmacológicas de controlo da dor prendeu-se com o facto de se pretender com esta sessão de formação habilitar os enfermeiros de recursos, que por sua vez possam transmitir aos pais no decorrer da prestação de cuidados.
As medidas não farmacológicas de controlo da dor são medidas da prática independente e autónoma da Enfermagem, que revelam ser seguras, não-invasivas e baratas.
Transmitir e ensinar algumas destas técnicas aos pais vai minimizar a ansiedade e transmitir-lhes confiança e segurança para que de forma autónoma lidem e tentem controlar a situação.

Como complemento de toda esta abordagem foi efectuada uma norma de procedimento relativa à administração de sacarose nos procedimentos dolorosos (Anexo 10).
Sendo a sacarose considerada uma medida não farmacológica de controlo da dor, foi considerado pertinente efectuar a sua abordagem, no sentido de uniformizar os procedimentos relativos à sua administração.

Com o cumprimento destas actividades foi possível desenvolver competências no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, através da promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
No âmbito da Gestão da Qualidade foi possível colaborar em projectos da instituição e dar resposta a necessidades que visam a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
Relativamente à prestação de cuidados, também foram adquiridas competências a nível da promoção de um ambiente terapêutico e humanizado gerador de segurança, e competências relacionadas com a gestão do risco institucional.

Foram igualmente desenvolvidas competências no contexto da Gestão dos Cuidados, através da adaptação da gestão dos recursos às situações e ao contexto com o fim de optimizar a qualidade dos cuidados prestados, e através da demonstração da capacidade de trabalhar de forma adequada, interagindo com toda a equipa de saúde.

No contexto do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, foram desenvolvidas competências através da manutenção contínua e autónoma dos processos de auto-desenvolvimento pessoal e profissional, reconhecendo os recursos e limites pessoais e profissionais. Baseado na experiência profissional foi possível aperfeiçoar competências relativas à promoção das aprendizagens da equipa, através de formação em contexto de trabalho, elaborando o diagnóstico das necessidades formativas da equipa, concebendo os instrumentos formativos, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros e avaliando o impacto da formação instituída.

Foi no âmbito da prática de cuidados que foi possível desenvolver competências no domínio da assistência à criança/jovem e família procurando a maximização da sua saúde.

Ao intervir junto da criança/jovem e família, implementaram-se planos de cuidados que promoveram o restabelecimento da saúde da criança/jovem e diagnosticaram-se precocemente situações geradas por doenças comuns da idade pediátrica, bem como situações de instabilidade das funções vitais da criança/jovem.

Ao longo da prestação de cuidados foi também possível a aquisição de competências na área da comunicação, sendo propícia a aplicação de conhecimentos acerca de técnicas de comunicação ajustadas à idade e desenvolvimento da criança/jovem. Sendo este um contexto assistencial privado, os enfermeiros são estimulados a utilizar estratégias de inter-relação e de comunicação revestidas de elevada exigência e qualidade, como determinantes no sucesso do atendimento.

Desenvolveram-se ainda, competências no âmbito do cuidado à criança/jovem em situação de dor, reconhecendo os sinais evidenciados e actuando em conformidade com a situação específica. A aplicação de medidas não farmacológicas foi enfatizada no seio da equipa como intervenção autónoma da Enfermagem e que também pode ser transmitida aos pais, como medida de alívio da dor na criança/jovem.

4. NOTA CONCLUSIVA

A reflexão deste percurso permitiu consolidar a forma como o conjunto das experiências vivenciadas contribuíram para o enriquecimento da conduta profissional. Por um lado através da busca constante de novos conhecimentos, que correspondessem às necessidades encontradas, por outro através do contacto com diferentes realidades e contextos, que exigiram capacidade de adaptação a diferentes formas de estar profissionais.

O enriquecimento obtido ao longo desta experiência foi ao encontro dos objectivos traçados, na medida em que permitiu compreender que o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica deve ter em consideração as particularidades das crianças/jovens, bem como a individualidade de cada família promovendo a aquisição de competências parentais, para uma tomada de decisão autónoma, consciente e segura.

Ao longo deste percurso, ficou claro que o desempenho do papel parental é uma das mais exigentes e importantes experiências da sociedade actual. Desta forma, os enfermeiros que assistem a criança/jovem e família são confrontados com realidades igualmente desafiadoras e exigentes, o que implica por parte do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica uma tomada de consciência atenta e responsável a nível nos diferentes contextos assistenciais.

Perante este e outros desafios inerentes à prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica deve assumir os cuidados de maior complexidade que cruzam todos os contextos de assistência. Isto porque o Enfermeiro Especialista pode ser entendido como um perito na área dos cuidados à criança/jovem e família, na medida em que é detentor de conhecimentos especializados acerca das respostas da criança/jovem e família aos processos de vida e problemas de saúde.

Ao longo das experiências vividas nos diferentes contextos assistenciais foram várias as competências adquiridas e/ou melhoradas, através das actividades executadas, o que constituiu o maior ganho de toda a experiência.

A Ordem dos Enfermeiros reconhece que as especialidades munem o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas às situações de maior complexidade, não considerando apenas como fundamental o desenvolvimento de competências na área da prestação de cuidados, mas também nas áreas da gestão, investigação, ensino, formação e assessoria (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

O desenvolvimento destas competências tiveram como finalidade a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados à criança/jovem e sua família, através da participação na resolução de problemas complexos, nos vários níveis assistenciais. Igualmente contribuíram

para o progresso da profissão de Enfermagem, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência.

Em forma de síntese, conclui-se que através das intervenções implementadas foram cumpridos os objectivos propostos com potenciais ganhos em saúde, desenvolvendo concomitantemente competências pessoais e profissionais especializadas assentes num conhecimento profundo sobre as respostas humanas da criança/jovem e da família, aos processos de vida e problemas de saúde complexos, capazes de ajudar a capacitar os pais na vivência das transições, no sentido de desenvolverem competências para o exercício do seu papel. O desenvolvimento de uma forte consciência ética, promotora da capacidade de reflexão, decisão e acção, impulsionou a tomada de decisão autónoma e o crescer no caminho da excelência do exercício profissional.

Desta forma pretendeu-se que este relatório traduzisse um percurso que culmina com a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, devendo este título ser representativo da diferenciação dos cuidados prestados.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M. 2006. *(Des)equilíbrios familiares.* 3.ª edição. Coimbra : Quarteto Editora, 2006. 978 989 558 0675.

ARAÚJO, I., PAUL, C. e MARTINS, M. 2010. Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência.* Dez. de 2010, Vol. III Série, 2.

BARBOSA, M.A.M., et al. 2009. Cuidado da criança com deficiência: suporte social acessado pelas mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Set. de 2009, Vol. 30, 3, pp. 406-412.

BENNER, P. 2001. *De Iniciado a Perito.* Coimbra : Quarteto Editora, 2001. 972-8535-97-X.

CACANTE, J. V., MERCEDES, M. e VALENCIA, A. 2009. Tocar los corazones em busca de apoyo: el caso de las familias de los niños con cáncer. *Investigación y Educación en Enfermería.* Medellín, 2009, Vol. XXVII, 2, pp. 170-180.

CHAVES, A., et al. 2010. Avaliação da prática da educação para a saúde na área da sida nos cuidados de saúde primários. *Revista Millenium.* Jun. de 2010, 38, pp. 201-221.

CIPE. 2006. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* [ed.] Conselho Internacional de Enfermeiros. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2006. Vol. Versão1.

COUTINHO, M.T.B. 2004. Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica.* 2004, Vol. XXII, 1, pp. 55-64.

DIAS, J., et al. 2007. Promoção de Saúde das Famílias de Docentes de Enfermagem: Apoio, rede social e Papéis na Família. *Texto contexto de Enfermagem.* Out.- Dez. de 2007, Vol. 16, 4, pp. 688-695.

ERS. 2009. *Entidade Reguladora da Saúde. Consentimento Informado: Relatório final.* Porto : ERS, 2009.

FARRELL, M. 1994. Sócios nos cuidados: um modelo de enfermagem pediátrica. *Revista Nursing.* 1994, 74.

FERREIRA, M.M.C. e COSTA, M.G.F.A. 2004. Cuidar em Parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium- Revista do ISPV.* Out. de 2004, 30, pp. 51-58.

FIGUEIREDO, M.H. 2009. *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Aber Salazar, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

GUADALUPE, S. 2008. *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar- Universidade do Porto, 2008.

HOCKENBERRY, M.J. 2006. *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 7.ª edição. São Paulo : Elsevier Editora, 2006. 85-352-1918-8.

INE. 2001. *Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001: Resultados definitivos: XIV recenseamento geral da habitação.* Lisboa : INE, 2001. Vol. 8.º. 972-673-605-6.

JCI. 2007. *Joint Comission International. Padrões de Acreditação da Joint Comission International para Hospitais.* 3.ª ed. Ilinois : Joint Comission International, 2007. 978-1-59940-141-6.

LAVALL, E., OLSCHOWSKY, A. e KANTORSKI, L.P. 2009. Avaliação de Família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Jun de 2009, Vol. 30, 2, pp. 198-205.

MARTINS, R. 2005. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: revista do ISPV.* Maio de 2005, 31, pp. 128-134.

MELEIS, A. 2005. *Theoretical Nursing: Development & Progress.* Philadelphia : Lippincott, 2005.

MELEIS, A., et al. 2000. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science.* Set. de 2000, Vol. 1, 23, pp. 12-28.

MELEIS, A.I. e CHICK, N. 1986. Transitions: A nursing concern. *Nursing research methodology.* 1986, pp. 237-257.

NUNES, M. 2005. Apoio social na diabetes. *Millenium: revista do ISPV.* Maio de 2005, 31, pp. 135-149.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2007. *Sistema de Informação em Enfrmagem (SIE). Resumo Mínimo de Dados de Core de Indicadores de Enfermagem* [online]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=8&pag=2 (acedido a 3-5-2010).

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009. *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Dez. 2009.

PAIS-RIBEIRO, J. 1999. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica.* 1999, Vol. 3, 17, pp. 547-558.

PAIS-RIBEIRO, J., et al. 2003. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2003, Vol. 4, 1, pp. 21-32.

PHANEUF, M. 2005. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Lisboa : Lusociência, 2005. 972-8383-84-3.

PORTUGAL. 2002. *Direcção-Geral da Saúde. Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação (Orientações Técnicas).* Lisboa : DGS, 2002. 972-675-084-9.

PORTUGAL. 2004. *Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional da Saúde 2004-2010: mais saúde para todos.* Lisboa : DGS, 2004. Vol. II. 972-675-109-8.

RELVAS, A.P. 2004. *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica.* 3.ª ed. Porto : Edições Afrontamento, 2004. 978-972-360-413-9.

REPE. 1996. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Artigo 4.º, n.º 3.

RODRIGUES, M., PEREIRA, A. e BARROSO, T. 2005. *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde.* Coimbra : Formasau, 2005. 978-972-848-55-28.

SANCHEZ, K.O.L., et al. 2010. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direcções. *Rev Bras Enferm.* Mar./Abr. de 2010, Vol. 63, 2, pp. 290-299.

SANTOS, L. 2006. *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital.* Lisboa : Instituto de Apoio à Criança, 2006. 972-8003-23-4.

TOMEY, A.M. e ALLIGOOD, M.R. 2004. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).* 5.ª edição. Loures : Lusociência, 2004. 972-8383-74-6.

UCP. *Universidade Católica Portuguesa. Regulamento Geral: Mestrado em Enfermagem de natureza profissional.* Lisboa : Universidade Católica-Instituto de Ciências da Saúde.

VIEIRA, Margarida. 2008. *Ser Enfermeiro, da compaixão à proficiência.* Lisboa : Universidade Católica, 2008. 978-972-54-0195-8.

VIERA, C.S., et al. 2010. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Revista Electrónica de Enfermagem.* 2010, Vol. 12, 1, pp. 11-19.

ANEXOS

Anexo 1- Reflexão "O Enfermeiro e a criança/ jovem e família com asma"

Na semana de 19 a 23 de Abril decorreu a primeira parte do Módulo I, na Consulta Externa de Pediatria do Hospital Garcia de Orta.

O Serviço de Pediatria deste hospital é responsável pelo atendimento a uma população de mais de 50 mil crianças e jovens dos concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.

A Consulta Externa de Pediatria presta assistência às crianças e jovens que são referenciados quer para consultas de Pediatria Geral, quer para sub-especialidades pediátricas (Pneumologia, Nefrologia, Hematologia, Gastrenterologia, Dermatologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Endocrinologia).

Durante a minha experiência neste local de estágio tive a oportunidade de assistir às consultas de enfermagem de Pneumologia, onde a promoção do papel parental é uma constante.

Às consultas de Pneumologia recorrem predominantemente crianças e jovens com Doenças Pulmonares Crónicas Obstrutivas, maioritariamente a asma, em que é enfatizado o ensino da utilização dos dispositivos de inalação medicamentosa, bem como a avaliação e procedimentos a realizar numa situação de crise e como actuar entre elas.

Segundo dados da Direcção-Geral de Saúde, a asma é uma doença crónica que constitui um problema de saúde pública, na medida em que se trata de uma das doenças crónicas mais comuns na criança/ jovem, com tendência para o crescimento da sua incidência e prevalência (DGS, 2000).

Ao constatar esta evidência compreendi que teria que aprofundar os meus conhecimento nesta área.

A asma é uma doença crónica com elevada incidência em crianças em idade escolar e adolescência.

Como foi referido, sendo uma doença crónica frequente na criança/ jovem, estima-se que em Portugal a prevalência média da asma atinja mais de 11% da população no grupo etário dos 6-7 anos, 11,8% no dos 13-14 anos e 5,2% no dos 20-44 anos. Prevê-se assim, que o número total de doentes possa ultrapassar os 600 000 e que um em cada quinze portugueses sofra de asma (DGS, 2000).

No decorrer da experiência foi possível constatar que para além da amplitude do problema, a asma implica nos seus doentes sofrimento a vários níveis (físico, psíquico e social) que é muitas vezes extensivo à família, alterando a sua vida quotidiana, a qualidade de vida e o bem-estar.

De igual modo, a asma provoca na criança/jovem emoções, medos, expectativas e tratamentos que podem induzir mal-estar, e constitui um factor de stress nas suas vidas em desenvolvimento.

A sobre-protecção parental ou até mesmo o receio que as crianças/jovens têm de desencadear uma crise à frente dos pares, leva a que os pais imponham restrições à

actividade física, o que compromete a interacção da criança com os seus pares e desenvolve sentimentos de baixa auto-estima.

Desta forma, a asma é a principal causa de absentismo escolar, comportando uma elevada carga social em termos de redução de qualidade de vida, mortes prematuras e elevados custos económicos, quer à família, quer ao Sistema Nacional de Saúde pela maior proporção de admissões hospitalares na urgência e internamento (DGS, 2000).

"A tendência crescente de incidência e de gravidade da doença, bem como a não optimização, por parte dos doentes e das suas famílias, dos recursos médicos, psicológicos e sociais que permitem um melhor controlo da doença e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida, poderão ser causa evitável de maior afluência aos serviços de urgência e de internamentos hospitalares"(DGS, 2000: p.2).

A adaptação das crianças/jovens à doença e a consequente adesão à terapêutica, depende da aceitação que estas e suas famílias têm da doença.

Colland (1993), segundo Morgado et al (2000), desenvolveu um estudo com crianças asmáticas com dificuldades de adaptação à sua doença, implementando um programa "*The behaviorial self-manegement program*" de forma a aumentar os sentimentos de eficácia das crianças. Os resultados da implementação deste programa revelaram que as crianças com mais confiança no controlo da doença, ficavam menos ansiosas durante uma crise de asma e consequentemente aumentavam as suas capacidades de adaptação à mesma.

Proporcionar o conhecimento da influência da asma na criança/ jovem, assim como de outros factores na qualidade de vida da família, pode contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde praticados, através da inclusão desse conhecimento nas práticas de Enfermagem.

Com a aplicação deste conhecimento, capacitamos a família a identificar as suas competências actuais, ajudando-os na sua potenciação, para que possam manter ou adquirir o controlo sobre as crises de asma, aumentando a sua capacidade de decisão e acção na manipulação correcta da medicação e na evicção de factores potenciadores de crise.

Segundo o Programa Nacional de Controlo da Asma (DGS, 2000), as estratégias de educação para saúde visam o desenvolvimento de capacidades e competências no doente e família para controlar a asma, designadamente:

- compreender melhor a sua doença;
- estimular a adopção de comportamentos adequados;
- aumentar os conhecimentos sobre asma, de forma a reduzir atrasos na procura de cuidados;
- promover a adesão ao tratamento;
- promover a melhoria da auto-estima, do auto-conceito e da auto-imagem;
- destruir ou desmistificar medos e mitos;

- promover uma melhor articulação e integração do asmático no ambiente escolar, e nos grupos de pares.

Para apoiar e complementar estas estratégias foi criado o "Manual de Boas Práticas na Asma", que visa orientar os profissionais de saúde e melhorar a qualidade da prestação de cuidados aos doentes com asma. E para facilitar e fornecer informação à criança/ jovem asmática e suas famílias, foi criado o "Manual de Ajuda para Crianças com Asma" e o "Manual de Ajuda para Jovens com Asma".

Desta forma o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, passa essencialmente por contribuir para que as famílias reforcem as suas competências e encontrem os melhores recursos para enfrentarem o sofrimento e as dificuldades do dia-a-dia. Não é menos importante, a adesão à investigação das relações entre a saúde e a doença dentro do sistema familiar.

O conhecimento resultante, aplicado às práticas de cuidados, permitirá que o Enfermeiro, em parceria com outros elementos da equipa de saúde, envolvam activamente a família e a criança/jovem no controlo da sua própria doença e na prevenção de situações de crise, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida de toda a família. Deste modo, fica assegurada a monitorização da doença e dos factores envolvidos na não adesão ao tratamento, causa maior das crises recorrentes que ocasionam maior procura dos serviços de saúde, de sobrecarga de efeitos colaterais dos medicamentos de alívio rápido das crises, de limitações ao exercício físico e a outras actividades da vida de relação da criança com o meio escolar e social.

Referências Bibliográficas:

- PORTUGAL- Direcção Geral da Saúde: Comissão de Coordenação do Programa da Asma. Programa Nacional de Controlo da Asma. Lisboa. 2000. ISBN: 972-9425-86-8.28p.
- MORGADO, M., et al. 2000. Auto-eficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2000. Vol. 1, 1, pp. 121-128.

Anexo 2- Artigos acerca do Suporte Social

Adaptação de uma Escala de Avaliação do Suporte Social – NOS (Network Orientation Scale)

Antunes, C[1] & Fontaine, A.M.[2]

[1] UTAD - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real
[2] UP – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Durante a adolescência, a percepção do apoio das principais redes de suporte social parece estar relacionada com o ajustamento psicossocial e com o processo de desenvolvimento do autoconceito e identidade. No entanto, a capacidade de procurar apoio junto da rede de suporte e a crença na sua eficácia desempenham um papel importante no processo transaccional do apoio social. Este estudo pretendeu analisar as qualidades psicométricas de um instrumento de avaliação da crença na eficácia do apoio social e a sua adequação a adolescentes do 7º ao 12º ano de escolaridade (amostra: rapazes = 821 e raparigas = 1142). A Network Orientation Scale (NOS) foi estudada na sua fiabilidade e validade factorial, utilizando a análise factorial confirmatória. É uma escala bi-factorial, com um factor que avalia a crença na eficácia do suporte social dos outros e outro factor que avalia a desconfiança na eficácia do suporte social.

Palavras-chave: Suporte social, Análise factorial confirmatória, Adolescência

1. INTRODUÇÃO

O suporte social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para um indivíduo, em determinadas situações da vida deste. Estas pessoas podem ser familiares, amigos, vizinhos e outros, chamando-se ao conjunto por elas formado rede de suporte social. A maioria dos estudos desenvolvidos nesta perspectiva privilegia, na análise do suporte social, a percepção que os indivíduos têm acerca deste (Antunes, 1994; Antunes & Fontaine, 1994/95, 1996, 2006). Esta percepção representa a crença generalizada desenvolvida pelos indivíduos de que são estimados, que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam e que estão satisfeitos com as relações que têm (Heller, Swindle e Dusenbury, 1986; Vaux, 1988). No entanto, de acordo com o modelo transaccional ecológico do suporte social, de Vaux (1988), a pessoa não é um receptor passivo desse apoio ou suporte social. É necessário que desenvolva competências que lhe permitam procurar com pertinência e eficácia o suporte de que necessita, além de ser também capaz de fornecer suporte quando solicitada, uma vez que o processo se baseia na reciprocidade das relações, em determinados contextos. Para que a pessoa seja capaz de procurar o

apoio de que necessita, seja material (pedir dinheiro emprestado por exemplo), emocional (conversar com alguém acerca de problemas pessoais, por exemplo), prático ou de qualquer outro tipo, é necessário que acredite na eficácia desse apoio. Vaux, Burda e Stewart (1986) desenvolveram uma escala destinada a avaliar este aspecto do processo de apoio social: a "Network Orientation Scale" (NOS), que traduzida literalmente significa orientação em relação à rede de suporte.

A escala NOS foi concebida como uma escala unidimensional, pretendendo avaliar até que ponto os indivíduos têm capacidade ou melhor, predisposição para procurar apoio junto da sua rede de suporte social e se acreditam nos benefícios desse apoio. Na versão americana é uma escala de 20 itens, baseada no conceito de Tolsdorf (1976) de "network orientation" - conjunto de crenças, atitudes e expectativas de um sujeito com respeito à potencial utilidade dos membros da sua rede de suporte em ajudá-lo a lidar com determinado problema. O estudo da fiabilidade desta escala, em termos de homogeneidade e estabilidade ao longo do tempo, foi feito com cinco amostras (uma de adultos não-estudantes e quatro de estudantes). Os coeficientes ***alpha*** variaram entre α =.60 e α =.88, nas cinco amostras. A estabilidade da escala, avaliada sobre um intervalo de duas semanas, numa amostra de 46 estudantes foi r = .87 (Vaux, Burda & Stewart, 1986).

A validade da escala foi testada pela correlação com características da rede (tamanho, densidade, relações simples e recíprocas), com a escala SSA - percepção de apoio social (da família, amigos e outros em geral) (Antunes, 1994; Antunes & Fontaine, 1994/95,2006; Vaux, Philips, Holly ***et al.***, 1986), e comportamentos de suporte(emocional, convício, conselhos, financeiro), bem como pela correlação com escalas de ***coping*** interpessoal ou formas de lidar com problemas interpessoais, escalas de "self-disclosure" ou capacidade de falar acerca de si próprio e características de personalidade. Todas estas correlações demonstraram a validade externa da escala (Vaux, Burda & Stewart, 1986).

Antunes (1994) analisou as qualidades psicométricas desta escala numa amostra de 464 adolescentes portugueses do 5º, 6º e 9º anos de escolaridade. O coeficiente ***alpha*** obtido na amostra total foi de α =.77. Este coeficiente foi de α =.76, numa amostra posterior, de 654 adolescentes do 6º ao 10º ano de escolaridade.

Objectivos do estudo

O estudo aqui apresentado pretendeu analisar as qualidades psicométricas da escala NOS, considerando-a como uma escala que avalia a percepção que o sujeito tem da eficácia do suporte social na resolução de problemas pessoais. Embora esta escala tenha já sido objecto de um estudo da consistência interna e validade factorial e externa em estudos anteriores (Antunes, 1994) neste trabalho pretendeu-se confirmar a sua estrutura factorial e qualidade psicométrica em geral, numa faixa etária mais alargada e testar a hipótese da bi-factorialidade do instrumento.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

O estudo das qualidades psicométricas da NOS foi realizado junto de adolescentes do 7º ao 12º ano, provenientes das cidades do Porto (zona litoral) e de cinco concelhos de Trás-os-Montes e Alto Douro (zona interior), cuja distribuição se pode observar na tabela I. A escala foi administrada aos alunos de forma colectiva, juntamente com outras escalas de avaliação psicológica, apresentadas de forma contrabalançada, em sala de aula, por psicólogos com experiência na investigação. O tempo médio de resposta à escala foi de dez minutos. Os dados foram colhidos no início do ano lectivo 2001/2002.

Tabela I - *Distribuição da amostra em função do ano de escolaridade, género e zona de proveniência.*

Ano de Escolaridade	Idade		Zona de Provenência		Género		Total
	Med.	DP	Interior	Litoral	Masculino	Feminino	
7º	12,6	1,45	196	58	124	133	254
8º	13,5	1,07	163	129	138	155	292
9º	14,6	1,22	182	168	159	192	350
10º	15,36	0,92	193	284	193	285	477
11º	16,46	0,91	134	207	129	213	341
12º	17,27	0,75	118	131	78	164	249
Total			986	977	821	1142	1963

2.2 Instrumento

A escala NOS na versão americana original e na versão traduzida para português (Antunes, 1994) apresentava 20 itens, com formato de resposta tipo *Likert*.

No estudo que aqui se apresenta foi suprimido o item 3 da versão original e traduzida: “Temos que ter cuidado com as pessoas a quem contamos coisas pessoais”,

por ter revelado, no estudo de Antunes (1994) uma baixa correlação com o total da escala, e por não ter obtido saturação na análise em componentes principais. A resposta aos itens, no formato *Likert*, tem quatro alternativas para os alunos do 7º e 8º anos ("concordo totalmente"; "concordo"; "discordo" e "discordo totalmente") e seis alternativas para os alunos do 9º ao 12º ano (que vão do "concordo totalmente" até ao "discordo totalmente") e a pontuação em cada item (de 0 a 3 ou de 0 a 5) é mais elevada no extremo positivo, ou seja, na crença total ("concordo totalmente") na eficácia do suporte social. Os itens formulados negativamente (por exemplo, item 12: "Nunca achei que as opiniões dos outros me ajudassem a resolver os meus problemas") são cotados ou pontuados de forma inversa. No total, a escala de 19 itens avalia, num máximo de 57 pontos, no formato para o 7º e 8º anos, e num total de 95 pontos no formato para o 9º a 12º anos, a crença do sujeito na eficácia do apoio social dos outros (amigos e outros de forma geral) na resolução de determinadas situações problemáticas (de forma genérica) da sua vida.

3. RESULTADOS

3.1 Consistência interna

A análise da consistência interna da escala NOS na amostra do 7º e 8º ano revelou que os itens 5, 14, 15 e 16 que apresentaram correlações item-total mais baixas (entre r = .16 e r=.21). Os restantes itens correlacionavam-se com o total da escala entre r=.31 e r =.51.O valor de *alpha* encontrado foi $\alpha = .76$.

Na amostra de alunos do 9º ao 12º ano, o valor de *alpha encontrado* foi $\alpha = .80$. Os itens 5, 15 e 16 apresentaram as correlações mais baixas com o total da escala (entre r =.14 e r =.21). Os restantes itens correlacionaram-se com o total da escala em valores que variaram entre r =.31 e r =.56.

3.2 Análise em componentes principais

Uma vez que a escala NOS comporta itens formulados de forma positiva e negativa, equacionou-se a hipótese de a escala configurar, não uma mas duas dimensões, que avaliariam dois aspectos diferentes da crença na eficácia do apoio social. Assim, de forma exploratória, realizou-se uma análise em componentes principais, primeiro num só factor e posteriormente a dois factores, com rotação oblíqua e normalização de Kaiser.

Na análise a um só factor, a variância explicada foi de 21,13% na amostra do 7º e 8º ano e de 25,99% na amostra do 9º ao 12º ano. Em ambas as amostras, os itens 5, 15 e 16 saturaram abaixo de .30 em ambas as amostras.

Na análise a dois factores, a variância explicada pelos dois componentes extraídos após rotação, nos alunos do 7º e 8º anos, foi de 35,4%, ficando os itens distribuídos tal como se evidencia na tabela II.

Tabela II - *Análise em componentes principais, com rotação oblíqua, da escala NOS, na amostra de alunos do 7º e 8º ano (n = 546)*

		Componentes	
Itens	Valores próprios	1	2
2	.581	.739	.185
13	.519	.702	.159
3	.445	.662	-
6	.435	.658	-
8	.413	.629	.128
10	.416	.627	.149
1	.292	.533	-
17	.274	.523	-
5	.212	.444	-.120
15	.150	.375	-
7	.456	.132	.662
9	.434	.123	.647
12	.401	-	.631
11	.373	-	.610
4	.357	-	.598
19	.352	-	.589
18	.323	-	.568
14	.193	-	.436
16	-	-	.315
% de variância		21.13	14.27

Após a análise em componentes principais, procedemos novamente à análise da consistência interna da escala, desta vez considerando duas dimensões– uma constituída pelos itens que saturaram o primeiro componente (NOS1) e outra constituída pelos itens que saturaram o segundo componente (NOS2), que se dividem em termos dos itens considerados positivos (componente 1 ou NOS1) e negativos (componente 2 ou NOS2) (cf. Anexo).

O resultado, indicado na tabela III, revelou que o coeficiente ***alpha*** no componente ou dimensão NOS1 foi $\alpha = .76$, no 7º ano de escolaridade e $\alpha = .80$ no 8º ano. O segundo componente ou dimensão NOS2 revelou, no 7º e 8º anos de escolaridade, um coeficiente ***alpha*** de $\alpha = .73$.

Tabela III- *Valores da consistência interna dos componentes/dimensões NOS1 e NOS2 nos alunos do 7º e 8º ano (n = 546)*

Ano de escolaridade	Componente/ Dimensão	Nº de itens	*alpha*
7º	NOS1	10	.76
	NOS2	9	.73
8º	NOS1	10	.80
	NOS2	9	.73

Na amostra de alunos do 9º ao 12º anos de escolaridade, a análise em componentes principais com extracção de dois componentes, após rotação oblíqua revelou que a distribuição dos itens pelos dois componentes é semelhante à solução encontrada para a amostra de alunos do 7º e 8º anos de escolaridade. A percentagem de variância explicada pelos dois componentes é de 36,57% (tabela IV).

Tabela IV - *Análise em componentes principais, com rotação oblíqua, da escala NOS, na amostra de alunos do 9º ao 12º ano (n = 1417)*

		Componentes	
Itens	Valores próprios	1	2
13	.586	.752	.325
2	.517	.716	.247
6	.498	.696	.283
8	.499	.691	.314
3	.386	.621	.166
1	.360	.599	.109
10	.331	.566	.237
17	.244	.489	.190
5	.119	.344	-
15	-	.284	-
18	.477	.108	.688
9	.487	.291	.687
7	.467	.257	.677
12	.420	.364	.610
4	.342	.305	.559
11	.300	.196	.544
19	.309	.262	.540
14	.276	-	.522
16	.238	-.154	.410
% da variância		25.99	10.57

A observação dos valores *alpha* obtidos em cada ano de escolaridade, do 9º ao 12º ano, revelam que no 9º e 10º anos, a dimensão NOS1 apresentou uma consistência ligeiramente superior à dimensão NOS2. No 11º ano a consistência interna é igual em

ambas as dimensões e no 12º ano, a dimensão NOS2 apresentou um valor de *alpha* superior ao da dimensão NOS1 (tabela V).

Os itens 5 e 15, da dimensão NOS1 revelaram ter as correlações mais baixas item-total, nas análises realizadas em todos os anos de escolaridade, do 9º ao 12º ano. Na dimensão NOS2, se fosse apagado o item 16, o valor de *alpha* subiria em todos os anos de escolaridade.

Tabela V -*Valores de alpha nas dimensões NOS1 e NOS2, na amostra de alunos do 9º ao 12º anos de escolaridade (n =1417)*

Ano de escolaridade	Dimensão	Nº de itens	*alpha*
9º	NOS1	10	.75
	NOS2	9	.74
10º	NOS1	10	.78
	NOS2	9	.76
11º	NOS1	10	.76
	NOS2	9	.76
12º	NOS1	10	.71
	NOS2	9	.75

Se atentarmos na formulação dos itens (cf. Anexo), a dimensão NOS1-AEAS avalia a percepção de que o apoio dos outros em geral ou amigos em particular já ajudaram o sujeito a ultrapassar problemas pessoais - chamaremos a esta dimensão aceitação da eficácia do apoio social. A dimensão NOS2-DEAS parece corresponder aos itens formulados pela negativa, ou seja, a desconfiança ou descrédito na capacidade dos outros poderem ser úteis como fonte de apoio social – chamaremos a esta dimensão desconfiança na eficácia do apoio social.

Após o estudo da consistência interna e da análise em componentes principais, optou-se por realizar uma análise factorial confirmatória (AFC), com o objectivo de testar alguns modelos hipotéticos.

3.3 Análise factorial confirmatória

A AFC é uma técnica de análise multivariada que tem como requisitos básicos os mesmos que todas as técnicas multivariadas – linearidade, normalidade, não multicolinearidade e homocedasticidade das variâncias residuais. Além disso, necessita que as amostras sejam suficientemente largas, dependendo o seu tamanho do número de variáveis utilizadas na análise e do número de parâmetros a estimar (Giles, 2002).

Embora o racional teórico subjacente à técnica de modelação de estruturas covariantes, na qual a análise factorial confirmatória se inclui, tenha sido inicialmente desenvolvida pelo investigador sueco Jöreskog, nos anos 70 e 80 do séc. XX, em parceria com o também investigador sueco Sörbom, existem hoje vários programas que permitem a modelação de estruturas covariantes. Além do LISREL, desenvolvido por Jöreskog e Sörbom (1983), existem ainda o AMOS (Arbuckle, 1997) e o EQS (Bentler, 1995).

O programa EQS (Bentler, 1995) é baseado no modelo de especificação de Bentler e Weeks (1980, cit. por Giles, 2002) e é um programa de uso relativamente simples, no qual as variáveis são referidas apenas como variáveis dependentes ou independentes.

Na modelação de equações estruturais, técnica onde se inclui a AFC, os modelos incluem variáveis observadas e variáveis latentes e esta é uma das vantagens deste tipo de análise, pois permite ao investigador testar a plausibilidade de um modelo teórico, baseado na assumpção de variáveis inferidas (a quase generalidade das variáveis estudadas em psicologia), estimadas a partir de variáveis observadas (os itens de uma escala, por exemplo). Além disso, é também uma vantagem desta técnica a possibilidade de assumir nos modelos os erros associados às variáveis observadas e ainda variância aleatória associada às variáveis latentes (no inglês: “disturbance”).

Os modelos testados devem ser submetidos à apreciação do investigador e a questão da escolha não é pacífica, pois nunca se poderá dizer que um modelo é “o melhor” na explicação da relação entre as variáveis; cada modelo é apenas uma possibilidade entre muitas (Maia, 1996). O modelo final é normalmente escolhido com base em critérios subjectivos (formulações teóricas) mas em seu auxílio, o programa EQS (tal como todos os programas de modelação de estruturas covariantes) fornece alguns índices que permitem ter uma ideia da adequação do modelo. Esse ajustamento pode ser apreciado através dos chamados índices de ajustamento global (do inglês: “fit indices”) e índices de ajustamento local, que são os valores de saturação dos factores ou variáveis latentes nas variáveis observadas e os valores únicos de cada item ou variâncias-erro.

Os índices de ajustamento global mais referidos na literatura são o CFI (“comparative fit index”), desenvolvido por Bentler (1990), o GFI (“goodness of fit index”) de Jöreskog e Sörbom (1983), o RMR (“root mean square residual”), desenvolvido por Steiger e Lind (1980, cit por Arbuckle, 1997) e o RMSR (“root mean square error of approximation”), de Steiger e Lind (1980, cit por Arbuckle, 1997). O CFI e o GFI variam entre 0 e 1 e valores acima de .90 indicam um bom ajustamento.

O RMR representa a diferença entre as matrizes de covariância da amostra estudada e as da população. Portanto, quanto menor o seu valor, mais pequena é essa diferença e mais aceitável é o modelo; os valores variam entre 0 (nenhuma diferença) e 1 (diferença máxima) e valores inferiores a 0,050 indicam um ajustamento aceitável. Posteriormente, Browne e Cudeck (1993), a partir do RMR, introduziram o RMSEA, que é um índice que não penaliza a complexidade do modelo e tende mesmo a favorecer os modelos mais complexos. Este índice dá-nos a ideia da diferença existente entre a matriz de variâncias e covariâncias da amostra e do modelo obtido, partindo do pressuposto que o modelo é adequado. Neste sentido, quanto mais próximo de 0 for o seu valor, maior é a proximidade entre a matriz de variâncias e covariâncias estimada e a matriz dos dados e maior segurança tem o investigador em não rejeitar o modelo obtido. Valores inferiores a 0.05 indicam ajustamento aceitável (Arbuckle, 1997), quando o intervalo de confiança é de 90% ($p < .10$).

Finalmente, utiliza-se ainda o X^2, não como um teste estatístico, como normalmente é utilizado, mas como um índice de ajustamento do modelo, que exprime, juntamente com o número de graus de liberdade, a "distância" entre o modelo hipotético especificado e o modelo sugerido pelos dados. O ideal é obter um X^2 o mais baixo possível e não significativo, mas como esta estatística é sensível, pela sua fórmula, ao tamanho da amostra, utiliza-se muitas vezes o valor obtido na divisão do X^2 pelo número de graus de liberdade (rácio X^2/gl), considerando um ajustamento aceitável do modelo quando esse valor é inferior a 5 (Giles, 2002), embora este valor não seja pacífico entre os investigadores. Marsh e Hocevar (1985) sugeriram que um valor entre 2 e 5 indicaria um ajustamento aceitável, enquanto Byrne (1989) afirmou que valores superiores a 2 não deveriam ser aceites.

O valor do X^2 também é utilizado na comparação entre modelos testados, para decidir qual o modelo a escolher. Normalmente, subtraindo os valores do X^2 e do número de graus de liberdade, verificamos se a diferença se traduz num ganho significativo, preferindo-se, neste caso, o modelo com menor valor de X^2.

3.4 Modelos hipotéticos da estrutura factorial da escala NOS

No estudo que aqui apresentamos, foram testados quatro modelos de estrutura factorial da escala NOS.

Numa primeira fase, testaram-se, em cada uma das duas amostras, dois modelos – um só factor e dois factores correlacionados - mas onde se incluíram todos os 19 itens da escala.

Numa segunda fase, após a análise dos resultados da análise factorial confirmatória e como resultado da observação dos índices de ajustamento global e local, testaram-se os mesmos dois modelos, em cada amostra, mas sem alguns itens, considerados problemáticos – itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18 (itens com saturação baixa no respectivo factor e variância residual ou variância-erro elevada).

Nas tabelas VI e VII apresentam-se os índices de ajustamento global dos modelos testados na amostra do 7º e 8º ano e na amostra do 9º ao 12º anos de escolaridade.

Tabela VI - *Quadro decisional: Valores dos índices de ajustamento global nos diferentes modelos testados na amostra do 7º e 8º ano de escolaridade (n=546)*

	Índices de ajustamento global							
Modelos com 19 itens	CFI	GFI	RMR	RMSEA	X^2	Gl [1]	Diferença de X^2	Dif. de Gl
Um só factor	.589	.777	.095	.098[3]	924,057	152		
Dois factores correlacionados	.889	.929	.054	.051[(2)]	359,362	151	564,695	1
Modelos sem os itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18								
Um só factor	.656	.801	.108	.128[3]	514,905	54		
Dois factores correlacionados	.959	.966	.046	.044[(2)]	107,711	53	407,194	1

[1]Gl = graus de liberdade;
[(2)] p<.10
[3]p>.10

Tabela VII -*Quadro decisional: Valores dos índices de ajustamento global nos diferentes modelos testados na amostra do 9º ao 12º ano de escolaridade (n=1417)*

	Índices de ajustamento global							
Modelos com 19 itens	CFI	GFI	RMR	RMSEA	X^2	Gl [(1)]	Diferença de X^2	Dif. de Gl
Um só factor	.720	.837	.078	.088[(2)]	1752,32	152		
Dois factores correlacionados	.877	.934	.051	.058[(2)]	852,35	151	899.97	1
Modelos sem os itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18								
Um só factor	.822	.889	.072	.098[(2)]	756.517	54		
Dois factores correlacionados	.958	.973	.031	.048[(2)]	219,117	53	537.4	1

[(1)]Gl = graus de liberdade
[(2)] p<.10

Como se pode observar nas tabelas VI e VII, o modelo que melhor se ajusta aos dados, quer na amostra do 7º e 8º ano quer na amostra do 9º ao 12º ano, é o modelo de dois factores correlacionados, sem os itens considerados problemáticos após a primeira análise (itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18). A correlação entre os dois factores situou-se entre r = -. 374 e r = -. 462.

Nas tabelas VIII e IX podem ser observados os valores de ajustamento local dos modelos; variância do factor explicada por cada um dos itens que o compõem (R^2) e variância residual de cada item, em cada uma das amostras, nos modelos sem os itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18.

Tabela VIII - *Quadro dos índices de ajustamento local (valores estandardizados) do modelo a dois factores, na amostra do 7º e 8º anos de escolaridade (n = 546).*

Variáveis	factor	Valor de v[(1)]	Valor de e[(2)]	$R^{2\,(3)}$
V2(item2)	NOS1	.745	.668	.554
V13 (item13)	NOS1	.660	.751	.435
V3 (item 3)	NOS1	.555	.832	.307
V6 (item 6)	NOS1	.600	.800	.360
V8 (item 8)	NOS1	.600	.800	.360
V10 (item 10)	NOS1	.602	.799	.362
V7 (item 7)	NOS2	.605	.797	.366
V9 (item 9)	NOS2	.606	.795	.367
V12 (item 12)	NOS2	.582	.813	.338
V11 (item 11)	NOS2	.538	.843	.289
V4 (item 4)	NOS2	.526	.851	.277
V19 (item 19)	NOS2	.518	.856	.268

[(1)] e [(3)] variância do factor explicada pelo item;
[(2)] variância residual do item

Tabela IX - *Quadro dos índices de ajustamento local (valores estandardizados) do modelo de dois factores, na amostra do 9º ao 12º anos de escolaridade (n = 1417).*

Variáveis	factor	Valor de v[(1)]	Valor de e[(2)]	$R^{2\,(3)}$
V2(item2)	NOS1	.680	.734	.462
V13 (item13)	NOS1	.738	.675	.545
V3 (item 3)	NOS1	.534	.845	.286
V6 (item 6)	NOS1	.668	.744	.446
V8 (item 8)	NOS1	.690	.724	.476
V10 (item 10)	NOS1	.490	.872	.240
V7 (item 7)	NOS2	.530	.848	.281
V9 (item 9)	NOS2	.621	.784	.385
V12 (item 12)	NOS2	.655	.755	.429
V11 (item 11)	NOS2	.471	.882	.222
V4 (item 4)	NOS2	.580	.815	.336
V19 (item 19)	NOS2	.507	.862	.258

[(1)] e [(3)] variância do factor explicada pelo item;
[(2)] variância residual do item

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo da consistência interna e análise em componentes principais da escala NOS, seguido do estudo da análise factorial confirmatória revelou que esta escala parece adequada para ser utilizada junto da população estudantil do 7º ao 12º ano de escolaridade, como uma escala que avalia a percepção e a confiança do sujeito acerca da eficácia do apoio social da rede de suporte social.

A correlação moderada entre as duas dimensões da escala NOS, permitem concluir que estamos em presença de duas dimensões que captam diferentes realidades do mesmo constructo. Tratando-se da crença na eficácia do suporte proporcionado pela rede social, é possível afirmar que uma das dimensões (que se designou simplesmente NOS1-AEAS) avalia a percepção de que os amigos e outros em geral podem ajudar a pessoa na resolução dos problemas. Quanto à segunda dimensão (aqui designada NOS2-DEAS) avalia uma certa desilusão e desconfiança nos outros enquanto recurso social eficaz na resolução de problemas.

Coloca-se a questão: será que faz sentido pensar que o sujeito possa ter, simultaneamente, aceitação na eficácia do apoio social e descrença na eficácia do apoio social? É possível que a mesma pessoa possa admitir já ter sido apoiada na resolução de alguns dos seus problemas por um amigo ou mesmo por outras pessoas mas que, ainda assim, mantenha alguma desconfiança na capacidade dos outros em ajudá-la ou apoiá-la, relativizando deste modo a eficácia dos outros como recurso de suporte social.

Como as duas dimensões se revelaram negativamente correlacionadas, espera-se que a mesma pessoa não apresente, em simultâneo, valores elevados em ambas as dimensões da escala NOS.

Finalmente, apesar do ajustamento global da escala NOS nos modelos escolhidos permitir admitir a sua utilização com dois factores, é importante referir que os índices de ajustamento local revelam alguns problemas. Na verdade, a formulação dos itens, sobretudo na dimensão NOS1 é pouco homogénea, apelando quer para os amigos, quer para outros de forma geral, e fazendo referência tanto a “conselhos”, como a “problemas”, ou a “segredos”, relativamente ao tipo de apoio que é esperado. Na dimensão NOS2, embora a referência genérica seja a “problemas”, quanto ao tipo de apoio que é esperado, a formulação “os outros” ou “as pessoas”, de forma genérica ou impessoal, não ajuda a perceber a que outros ou pessoas o sujeito faz apelo na resposta aos itens. Em certa medida, é de esperar que o indivíduo possa desconfiar dos conselhos ou propósitos dos outros em geral no apoio que lhe proporcionam, mas confiar no apoio

do amigo íntimo ou da família. Deste modo, este instrumento poderia beneficiar, numa eventual reformulação, da percepção da eficácia do apoio social diferenciada, de acordo com os diferentes membros da rede de suporte social - amigos, família, professores e outros em geral, assim como diversificar a crença na eficácia do apoio social em termos de tipo de apoio que é esperado, isto é, apoio prático/material, emocional, conselhos, profissional, entre outros.

O estudo da AFC da escala NOS permitiu verificar, tal como havia sido observado, de forma exploratória, com a ACP, que a estrutura que melhor se ajusta aos dados é a estrutura bifactorial, com os dois factores correlacionados. No entanto, são necessários mais estudos, não só para validar a estrutura bi-factorial encontrada, mas também para observar a associação de cada uma das dimensões com constructos psicológicos concorrentes. A AFC, sendo uma técnica exigente quanto às características e qualidades psicométricas de uma escala, permite concluir que a NOS pode ser utilizada como uma escala bifactorial. No entanto, esta conclusão só fará sentido após proceder ao estudo da invariância estrutural da escala, isto é, após testar a estrutura factorial obtida com as amostras aqui estudadas noutras amostras da população. Além disso, porque o melhor modelo factorial parece ser aquele em que foram eliminados alguns itens, considerados problemáticos, propõe-se um novo estudo factorial, quer do instrumento inicial de 19 factores quer do instrumento resultante, ou seja, com seis itens no factor/dimensão NOS1 e seis itens na dimensão NOS2.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cristina Antunes
Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD
Lugar do Tojal, 5000-232 LORDELO VRL
mantunes@utad.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, C., (1994). *O apoio social e o conceito de si próprio na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Antunes, C., & Fontaine, A. M. (1994/95). Diferenças na percepção de apoio social na adolescência: Adaptação de uma escala - "Social Support Appraisals" (SS-A) de Vaux *et al*. (1988). *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 115-127.

Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1996). Relação entre o conceito de si próprio e a percepção de apoio social na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 81-92.

Antunes, C. & Fontaine, A.M (2006). Percepção de apoio social na adolescência: Análise factorial confirmatória da escala social support appraisals. *Paidéia,* 15 (32), 355-366.

Arbuckle, J. L. (1997). *Amos Users' Guide: Version 3.6*. Chicago: Small Waters Corporation.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.

Bentler, P. M. (1995). *EQS: Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.

Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.

Bentler, P. M., & Weeks, D. G. (1980). Linear structural equation with latent variables. *Psychometrika, 45, 289-308.*

Byrne, B. (1989). *A primer of LISREL. Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer Verlag.

Giles, D. C. (2002). *Advanced research methods in psychology*. NY: Routledge.

Heller, K., Swindle, R., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 466-470.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1983). *Lisrel VI: User's reference Guide*. Mooresville, IN: Scientific Software.

Maia, J. A. R. (1996). Um discurso metodológico em torno da validade de constructo: Posições de um lisrelita. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. S. Gonçalves, C. Machado & M. R. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (Vol. IV, pp. 43-50). Braga: APPORT.

Marsh, H. W., & Hocevar, D. (1985). The application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First and higher order factor structures and their invariance across age groups. *Psychological Bulletin*, 97, 562-582.

Tolsdorf ,C. C.(1976). Social networks, support and coping: An exploratory study. *Family Process*, 15, 407-417.

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, N. Y.: LEA.

Vaux, A., Philips, J., Holly, L., Thompson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-220.

Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and interventions.* New York: Praeger.

Vaux, A.; Burda, P. Jr.; & Stewart, D. (1986). Orientation towards utilizing support resources. *Journal of Community Psychology*, 14, 159-170.

ANEXO

Itens da escala NOS divididos pelas duas dimensões consideradas após análise em componentes principais e análise factorial confirmatória.

NOS1 –(AEAS) Aceitação da eficácia do apoio social

Itens
1 – Às vezes é preciso falar com alguém acerca dos nossos problemas (*).
2 – Os amigos, por vezes, dão-nos bons conselhos.
3 – É frequente as outras pessoas darem-me bons conselhos.
5 – Tenho facilidade em falar acerca dos meus problemas pessoais(*).
6 – Os meus amigos já me ajudaram bastante em problemas meus.
8 – Quando uma pessoa tem um problema devia falar disso com um amigo.
10 – Toda a gente tem alguém em quem pode confiar um segredo pessoal.
13 – Quando estamos aborrecidos com alguma coisa, ajuda imenso contar a um amigo o que se passa.
15 – É fácil saber em quem se pode confiar e em quem não se pode(*).
17 – Não há mal nenhum em pedir favores aos outros(*).

NOS2 – (DEAS) Descrédito na eficácia do apoio social

Item
4 – As pessoas deviam guardar os seus problemas para si próprias.
7 – Não se pode confiar nas pessoas para guardar segredos.
9 – Os outros não compreendem os meus problemas.
11 – Se eu não posso resolver os meus problemas sozinho, mais ninguém pode.
12 – Nunca achei que as opiniões dos outros me ajudassem a resolver os meus problemas.
14 – Algumas coisas são demasiado pessoais para se contar a quem quer que seja (*).
16 – Já fui traído por pessoas em quem confiava(*).
18 – Se confiarmos aos outros os nossos problemas, eles são capazes de vir a aproveitar-se disso para mais tarde nos prejudicarem(*).
19 – Mesmo que precisasse de um favor de alguém seria incapaz de lho pedir.

(*) itens excluídos num dos modelos testados na análise factorial confirmatória.

APOIO SOCIAL NA DIABETES

MADALENA NUNES *

Palavras-chave: Apoio social; Diabetes.

1 – INTRODUÇÃO

A diabetes é uma doença crónica que pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais, que podem modificar profundamente as várias dimensões da vida das pessoas. Neste contexto, a disponibilidade de apoio social, é hoje aceite como um factor capaz de mitigar a relação entre a doença e a qualidade de vida, pois há razões teóricas e empíricas para acreditar que o apoio social decorrente das relações sociais contribui para o ajustamento e desenvolvimento pessoais, tendo também uma acção mediadora relativamente aos efeitos do *stress* (Sarason *et al.*, 1988; Vaz Serra, 1999).

Assim, procura-se neste artigo fazer o enquadramento genérico da conceptualização e da medição do apoio social. De seguida descrevem-se alguns estudos do apoio social em diabéticos.

2 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO APOIO SOCIAL

A conceptualização do apoio social está longe de ser consensual. Conotada como complexa, é alvo de inúmeras definições, abordagens teóricas e modelos explicativos nem sempre concordantes entre si.

Os investigadores têm promovido o debate em torno de alguns aspectos como a definição do apoio social, as suas dimensões principais, as suas funções, as formas de avaliação, os seus efeitos no bem estar físico e psicológico e os potenciais mecanismos que ligam o apoio social à saúde, salientando a dificuldade existente em investigar este tema.

Os autores têm referido a importância de conceptualizar o apoio social como um constructo multidimensional e de se considerarem os mecanismos mais precisos, pelos quais o apoio social pode influenciar a saúde, (Matos e Ferreira, 2000).

* Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

3 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

A história do apoio social e dos seus conceitos poderá considerar-se relativamente recente, embora envolva dois períodos distintos. O primeiro que decorre desde o início do século até finais dos anos 60, inclui contribuições tão distintas como os estudos realizados no âmbito da Psicologia e Sociologia por um lado e, posteriormente, nas origens do movimento comunitário.

Os sociólogos começaram a mostrar interesse pelas consequências sociais da urbanização e industrialização, tendo-se concluído através dos tempos que as sociedades urbanas, fruto do desenvolvimento económico, debilitam os laços sociais, originando fenómenos de solidão, alheamento e desenraizamento. Para Bulmer (1987), as relações próximas características dos meios rurais rompem-se dando lugar às relações impessoais, especializadas e formais nas zonas urbanas.

Segundo Vaux (1988), já Durkheim referia, num dos primeiros trabalhos da sociologia moderna, como o enfraquecimento dos laços sociais e o estado de desorganização psicológica consequente se relacionava com o suicídio.

Também Barrón (1996) refere que, desde os finais dos anos 60, se tem verificado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais na conduta humana, tanto na saúde como na doença.

O segundo período situa-se a partir da década 70. O apoio social constitui um quadro teórico mais integrado e consciente, devido à proliferação de numerosas investigações capazes de sustentar diferentes abordagens.

Cassel (1974), Caplan (1974) e Cobb (1976) considerados os fundadores das investigações sobre apoio social, abriram caminho ao desenvolvimento e conceptualização do apoio social e delinearam os pressupostos que levam a acreditar que o apoio social fornecido pelas relações sociais contribui para o bem estar do indivíduo, amortecendo o efeito que as situações adversas geralmente provocam, (Vaux, 1988; Barrón, 1996; Paixão & Oliveira, 1996).

Nas décadas de 80 e 90 surgiram na literatura diversos artigos sobre o apoio social e as redes sociais, revelando-se esta área de investigação ser bastante prometedora, mas polémica, nomeadamente no que refere à sua conceptualização e avaliação.

Actualmente o tema do apoio social suscita o interesse de diferentes áreas de investigação das ciências sociais e humanas, sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde, Ribeiro (1999); Paixão e Oliveira (1996).

3 - ANÁLISE DO CONSTRUCTO

A multidimensionalidade e complexidade do tema apoio social justificam os diferentes níveis de análise em que o mesmo tem sido abordado.

Optámos por analisar este conceito segundo uma revisão realizada por Bárron (1996), em que as várias abordagens teóricas são comparadas. Segundo Almeida (2000), o conceito de apoio social tem sido abordado segundo três vertentes: o nível de análise, as dimensões e as perspectivas.

- **Níveis de análise**

Os níveis de análise correspondem a uma hierarquia no sentido de um aumento de complexidade, que vai do nível mais simples das relações íntimas, ao nível mais complexo, o nível comunitário, numa perspectiva de abrangência crescente.

Quanto aos níveis de análise, o primeiro nível, o comunitário, refere-se ao apoio social analisado enquanto processo de integração social, sendo o apoio social analisado com base num dado papel e num dado contexto social. O segundo nível, diz respeito às redes sociais, estudando-se as propriedades das redes sociais de apoio, como o tamanho, a densidade e a homogeneidade. O terceiro nível, o das relações íntimas, inclui transacções que ocorrem nas relações mais próximas que estão mais directamente ligadas ao bem-estar e à saúde, esperando-se destas intercâmbios recíprocos e mútuos.

- **Dimensões**

A revisão da literatura sobre o apoio social pode apresentar uma terminologia tão diversificada quanto: suporte instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interacção positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência material e outros.

A diversidade de conceitos, dificulta a aceitação duma definição coerente e universal de apoio social. Grosso modo, poderá definir-se segundo Sarason *et al.* (1983) cit in Ribeiro (1999), como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós.

Numa tentativa de definição de apoio social, Thoits (1985) cit in Bárron (1996) mencionou que este geralmente consiste no grau em que as necessidades sociais básicas de indivíduo (de afiliação, afecto, pertença, identidade, segurança e aprovação) são satisfeitas através da interacção com os outros. Para este autor estas necessidades podem ser satisfeitas através de ajuda socio-emocional (p. ex. afecto, simpatia, compreensão,

aceitação e estima de outros significativos) ou de ajuda em relação à família ou ao trabalho e ajuda económica).

Sarason *et al.* (1990) salientam a polémica existente entre o apoio social percebido e o apoio social recebido ou real. O apoio social percebido é conceptualizado em termos cognitivos em que o indivíduo tem a percepção de que é amado, de que tem pessoas a quem recorrer em caso de necessidade e que lhes dariam ajuda.

A definição de apoio social percebido, segundo Sarason *et al.* (1990), é estudada como variável da personalidade, sendo estável ao longo do tempo e tendo a sua origem nas experiências de apego. Estes autores distinguem o apoio social fornecido do recebido, salientando a existência de alguns estudos, que encontram uma concordância moderada entre estes dois tipos.

No entanto, Gibson e Brown (1992) alertam que, para que possa ser encarada a hipótese de o apoio social ser visto como um constructo da personalidade, é necessário aprofundar a investigação e a intervenção nas transições de vida.

Lin *et al.* (1986), apresentam uma definição de apoio social que integra diferentes níveis de análise atrás referidos, definindo o apoio social como as ajudas instrumentais e/ou expressivas, reais ou percebidas, fornecidas pela comunidade, redes sociais e amigos íntimos. Esta definição engloba as várias dimensões de apoio social e as funções atrás referenciadas.

Também Vaux (1988) conceptualiza o apoio social como um metaconstructo, constituído por três elementos conceptuais, que se relacionam num processo dinâmico de transacções entre o sujeito e o ambiente: os recursos da rede de apoio, as condutas de apoio (material e emocional) e as avaliações de apoio (valorizações subjectivas dos recursos da rede e das condutas). Este autor salienta factores pessoais (traços de personalidade, recursos pessoais e competências) e factores de contexto social (stressores, família, papéis sociais e comunidade), em que estes factores se relacionam entre si, influenciando os recursos da rede, as condutas de apoio e as avaliações. Desta forma, Vaux, propõe um modelo ecológico de apoio social.

Quanto aos modelos teóricos de apoio social, uma das taxonomias mais conhecidas é a de Cohen (1988) cit in Barrón (1996), na qual classifica os modelos de apoio social com base nos efeitos deste na saúde e na doença, segundo três categorias:

- **Modelos genéricos:** baseiam-se na conceptualização de que o apoio social se relaciona com diferentes doenças, influenciando-as de duas formas. Por

um lado através de padrões de comportamento, como a dieta, o álcool e o tabaco, que podem agravar o risco de sofrer de doenças. Por outro lado, através de acção nas respostas biológicas que incidem nestes transtornos (resposta neuro-endócrina, imunológica e hemodinâmica);

- ♣ **Modelos centrados no *stress***: assume-se que o apoio social se relaciona com os diferentes transtornos, através de processos biológicos e ou comportamentais. Hipotetizam-se dois tipos de efeitos, directos ou protectores;
- ♣ **Modelos de processo psicossocial:** estes modelos que descrevem a natureza da mediação psicossocial da relação do apoio social com a saúde. Especificam os processos biológicos implicados nessa relação e avaliam separadamente, os efeitos directos e os efeitos protectores ou amortizadores.

- **Perspectivas**

Quanto às perspectivas de estudo do apoio social, estas são essencialmente três: a perspectiva estrutural, a perspectiva funcional e a perspectiva contextual.

Relativamente à **perspectiva estrutural**, esta debruça-se sobre a análise dos aspectos estruturais, dos contactos sociais e das redes sociais. O apoio social é conceptualizado com base na existência, quantidade e propriedade das relações sociais que as pessoas mantêm. Pressupõe-se que ter relações sociais é equivalente a obter apoio das mesmas. Estudam-se então várias características das redes sociais:

- ♣ O tamanho da rede (número de sujeitos com quem o indivíduo mantém um contacto pessoal);
- ♣ A densidade da rede (a interconexão entre as pessoas que fazem parte da rede);
- ♣ A reciprocidade (o equilíbrio do intercâmbio na relação entre duas pessoas);
- ♣ A homogeneidade (a semelhança entre os membros da rede em relação a uma determinada dimensão).

Quanto à **perspectiva contextual** estudam-se os contextos ambientais e sociais em que o apoio é percebido, mobilizado ou recebido (Cohen & Syme, 1985). Analisam-se os seguintes aspectos contextuais:

- ♣ As características dos participantes (em função de uma determinada fonte de apoio);
- ♣ O momento em que se dá o apoio;

- ♣ A duração do poio prestado;
- ♣ A finalidade do apoio.

A **perspectiva funcional** salienta a análise das funções das relações sociais, enfatizando os aspectos qualitativos de apoio e dos sistemas informais de apoio.

Distinguem os recursos que se trocam nas transacções das funções que o apoio cumpre. Quanto às funções são propostos três tipos (House, 1981; Vaux, 1988; Oxford, 1992; Gelenglass, 1993):

- **Apoio emocional:** refere-se aos comportamentos que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo e que fazem com que o sujeito se sinta querido, amado e respeitado, sentindo que tem pessoas à sua volta que lhes proporcionam carinho e segurança. Trata-se de expressões e de demonstrações de amor, afecto, carinho, simpatia, estima, ou de pertença a um grupo;
- **Apoio instrumental:** é definido como as acções ou os materiais proporcionados por outros e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitarem a realização de tarefas quotidianas. Este tipo de apoio só é efectivo quando quem o recebe percebe a ajuda apropriada;
- **Apoio informacional:** define-se como o processo através do qual as pessoas recebem a informação e conselhos que as ajudam a compreender o seu mundo e as mudanças que ocorrem. Por vezes este tipo de apoio pode confundir-se com o apoio emocional.

Esta categorização é alvo de discórdia, havendo quem inclua o apoio informacional na categoria de apoio emocional e quem acrescente a função de socialização (Oxford, 1992).

Da revisão teórica sobre o apoio social, e de acordo com Matos e Ferreira (2000), podemos inferir que:

- Nesta área de investigação, os autores têm salientado as dimensões positivas do apoio social, mas há um crescente corpo de literatura que aponta os aspectos negativos das relações sociais, em que os autores se interessam pelo estudo de factores de vulnerabilidade, mas também por temas como os factores de resiliência e o apoio social.
- O papel do apoio social percebido é enfatizado, referindo-se a importância dos aspectos cognitivos e interpessoais, dentro do paradigma cognitivo da Psicologia contemporânea.

Nesta perspectiva, as percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais (o que acontece nas transacções

sociais), mas também de aspectos da sua própria personalidade (p. ex. capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio às redes sociais) e de estilos cognitivos.

5 - AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL

As medidas de apoio social são elaboradas com base em determinadas perspectivas e teorias subjacentes, podendo incidir sobre uma única vertente, a estrutural ou a funcional ou então revestir uma forma mista.

Na primeira categoria, a estrutural, incluem-se os instrumentos que se centram nos aspectos quantitativos do apoio, numa avaliação que prima pela objectividade fornecendo um índice objectivo e directo da disponibilidade do apoio. Estes instrumentos referem-se à existência de pessoas com quem o indivíduo tem ligações pessoais directas e às pessoas que, através de laços significativos, fornecem apoio.

Com as medidas estruturais pode avaliar-se a integração social, sendo esta operacionalizada, segundo Krause (1989), cit in Barrón (1996), através de indicadores sociodemográficos (estado civil e número de amigos), através de relações íntimas e através da análise da rede (número de elementos), componentes da rede (relação, tamanho e densidade da rede) e à durabilidade, frequência e intensidade do contacto.

Como exemplos de instrumentos de avaliação dos aspectos estruturais do apoio social, Vaux (1988) e Barrón (1996) enumeram o SNI - Social Network Index (Berkman & Syme, 1979), o UCLA Loneliness Scale (Schill e cols., 1981) e o SNQ - Social Network Questionnaire (Hirsch, 1979).

Na segunda categoria incluem-se as medidas funcionais que procuram chegar a índices qualitativos do apoio social, avaliando-se a satisfação do apoio recebido, o grau de felicidade em determinada relação. Estes métodos são caracterizados por alguma subjectividade.

Dentro destas medidas distinguem-se dois tipos: as que medem o apoio social recebido e as que medem o apoio social percebido. As primeiras avaliam a quantidade de ajuda que um sujeito realmente recebeu de outras pessoas, num período de tempo determinado (que pode ir de um mês a um ano). Estes índices obtêm-se perguntando-se aos sujeitos que acontecimentos de vida stressantes experimentaram e que tipo de apoio receberam durante o mesmo período. A informação acerca do apoio dado pelos outros é obtido através do auto-relato de quem recebe este apoio. Refere-se assim à percepção dos acontecimentos do passado mais do que à percepção de que o apoio está disponível se necessário (Sarason, *et al.*, 1990). Mas alguns problemas têm sido apontados relativamente a estas medidas:

- Falta de acordo entre quem dá e quem recebe o apoio;
- Baseiam-se na recordação;
- Comportamento de apoio de quem recebe é função não só de quem está disponível para dar apoio, mas também das percepções dos outros em relação à necessidade do indivíduo de ajuda e de apoio.

Quanto às medidas de apoio social percebido, baseiam-se na disponibilidade percebida de alguém em caso de necessidade, ou seja, o que um indivíduo acredita sobre a sua rede social é provável que seja um determinante importante do seu estado psicológico, independentemente da condição real do sujeito, (Barrón, 1996). Desta forma o apoio social deve ser percebido que seja efectivo, sendo que para perceber o apoio social como disponível, é um redutor potente de *stress* mais do que o apoio realmente recebido.

Como exemplo de questionários centrados nos aspectos funcionais do apoio social, Barrón (1996) cita o Arizona Social Support Interview Schedule (Barrón, 1981) o Instrumental-Expressive Support Scale (Lin *et al.*, 1986) o Interpersonal Support Evaluation List (Cohen e Hoberman, 1983) e o Social Support Questionnaire (Sarason *et al.*, 1983).

Entre as medidas que avaliam tanto os aspectos estruturais como funcionais do apoio social encontrámos o Interview Schedule for Social Interaction (Henderson *et al.*, 1980) o Social Relationship Scale (McFarlane *et al.*, 1981) e o Inventário de Recursos Sociais, (Diaz Veiga, 1987).

Sobre este assunto Antunes e Fontaine (1994) referem que Vaux (1988) desenvolveu um conjunto de quatro instrumentos que na totalidade tentam avaliar o apoio social de uma forma o mais completa possível: o SSA (Social Support Appraisals), O SSB (Social Support Behaviors) o NOS (Network Orientation Scale) e o SSR (Social Support Resources). O SSA foi seleccionado como instrumento de eleição para a avaliação do apoio social devido à coerência do modelo teórico que lhe subjaz, o modelo transaccional-ecológico do apoio social, (Vaux, 1988).

6 - APOIO SOCIAL E ESTRUTURA FAMILIAR

Os modelos ecológicos de apoio social, salientam os contextos sociais em que o diabético e a família estão envolvidos, podendo estes ser mais gerais (macrossistemas) ou ambientes mais pequenos e íntimos como a família, o grupo de amigos, a escola e o local de trabalho (microssistemas).

Ribeiro (1994a), num estudo com jovens em que cruza várias medidas susceptíveis de avaliar diferentes dimensões do apoio social, fornecidas por vários

agentes, confirma que para a população portuguesa a fonte de apoio social mais importante é a família.

Grande parte dos estudos dirige a sua atenção para a família uma vez que esta representa, de uma maneira geral, uma fonte de apoio básica para os diabéticos.

Várias investigações salientam que ter uma família coesa e apoiante está associado a um melhor controlo metabólico e da doença, em geral (Hauser *et al.*, 1990). Encontrou-se também que os pais que forneciam apoio específico em relação à doença tinham filhos com uma melhor adesão ao tratamento do que os pais que eram menos apoiantes das actividades do cuidado da diabetes.

O apoio social de membros da família tem sido ainda identificado como um recurso importante para os diabéticos que lidam com o *stress* da doença.

No grupo dos adolescentes, a literatura mostra que os pais representam a maior fonte de apoio social, seguida do grupo de pares. Contudo à medida que os mesmos vão crescendo, o grupo de pares atinge proeminência como fonte de apoio social, (La Greca, *et al.* 1995).

Além da família, amigos e colegas, também o pessoal médico e os técnicos de saúde desempenham um papel importante como fontes de apoio social. É inegável o relevo que o grupo de pares associado a contextos escolares assume no ajustamento à doença (sob a forma de adesão ao tratamento ou como evolução clínica da diabetes).

7 - REVISÃO DOS ESTUDOS

A relação do apoio social com a doença foi estudada por diversos autores, abrangendo diferentes perspectivas. Neste contexto, tem sido considerável a pesquisa desenvolvida acerca da importância do apoio social em adultos com doença crónica (Sarason, Sarason e Pierce, 1990), considerando as investigações ser este um dos principais mediadores psicossociais de adaptação à doença crónica e à manutenção da saúde, (Hauser, 1997).

Conceptualização da Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, auto-imune, que resulta duma deficiência na produção de insulina, por parte das células beta do pâncreas, cuja consequência imediata é a tendência em manter níveis de glicose no sangue inapropriadamente elevados (hiperglicemia), ou insuficientes (hipoglicemia) (Tsalikian, 1990).

A deficiente produção de insulina, pode ser relativa ou absoluta e associar graus variáveis de insulinorresistência, podendo resultar numa hiperglicemia crónica e alterações do metabolismo lipídico e proteíco (Programa de Controlo da Diabetes Mellitus, 1998).

Apoio social, «*stress*» e controlo metabólico da Diabetes Mellitus

Griffith *et al.* (1990) estudaram a relação existente entre *stress*, apoio social e controlo da glicemia, (HbA1c) em 80 pessoas com diabetes mellitus (40 com tipo 1 e 40 com tipo 2).

A análise da função discriminante revelou existir uma interacção significativa entre aquelas variáveis. Assim, quando o *stress* era baixo os valores de Hemoglobina glicosilada fracção c (HbA1c) não diferiam significativamente para os grupos de apoio social (altos ou baixos). Mas quando o *stress* aumentou, as variáveis do apoio social eram associadas com o controlo da glicose.

Sob o efeito de *stress* elevado e baixo apoio social, os diabéticos apresentaram valores mais altos de HbA1c (11.8%), e, consequentemente, pior controlo metabólico.

Nas situações de *stress* elevado mas com o apoio social elevado os valores HbA1c revelaram-se mais baixos (9.9%).

Apoio social e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS)

Outra área estudada foi a associação de apoio social com a QDVRS em diabéticos finlandeses, tendo os autores (Aalto *et al.*, 1997) concluído que o apoio social mais elevado se associava com a QDVRS mais alta.

Por sua vez, Tillotson *et al.* (1996) relatam que nas suas investigações o apoio social predizia de forma estatisticamente significativa a adesão ao tratamento e à qualidade de vida (QDV) dos diabéticos (Nunes, 2004).

Numa perspectiva integradora do apoio social e *coping* e sua relação com a qualidade de vida, Schreurs e Ridder (1997) analisaram 42 trabalhos de investigação sobre as mesmas variáveis, colhidos nas bases de dados Medline e Psychlit. Tendo por base uma amostra global de 6.375 doentes crónicos de diversas patologias, concluíram que um dos mecanismos da influência do apoio social sobre a qualidade de vida se faz através dos processos de *coping*.

Assim, o apoio social pode funcionar como uma estratégia ou um recurso de *coping*.

Apoio social e depressão nos diabéticos

O estudo da influência das variáveis psicossociais na gravidade do estado de ânimo depressivo numa amostra de 266 diabéticos tipo 1 adultos, realizado por Nunes (2004), mostra que quanto melhor o apoio social, menos grave é a sintomatologia depressiva expressa pelos doentes.

Apoio social e adesão ao tratamento na Diabetes

La Greca *et al.* (1995) desenvolvem um dos poucos estudos que se debruçam sobre o apoio social em adolescentes diabéticos, avaliando e comparando o tipo de apoio fornecido por diferentes fontes e a sua relação com a adesão ao tratamento. Avaliaram 74 adolescentes, delineando a investigação com quatro objectivos principais:

- Descrever as fontes de apoio;
- Comparar a quantidade e o tipo de apoio que a família e os amigos forneciam;
- Avaliar as associações entre o apoio da família e o grupo de pares com variáveis demográficas (idade, sexo e duração da doença);
- Avaliar as associações entre a adesão à diabetes e a quantidade de apoio que os adolescentes reportavam da família e dos amigos.

As medidas utilizadas consistiram numa entrevista estruturada, para avaliar os relatos de apoio recebido da família e dos amigos no cuidado da diabetes, para obter informação quantitativa e qualitativa. Utilizaram também, como medida do ambiente familiar a FES (Moos e Moos, 1986), a DFBC (Schafer *et al.*, 1986), uma *check list* do comportamento familiar em relação à diabetes, a PSS-FR (Procidano e Heller, 1983), para avaliar o apoio social percebido de amigos e uma escala de adesão ao tratamento (Hanson *et al.*, 1987). Quanto às principais conclusões apurou-se que:

- Os pais eram referenciados por fornecerem substancialmente mais apoio no cuidado da diabetes do que os amigos;
- Era fornecido muito pouco apoio informacional e apenas por membros da família;
- O apoio fornecido pela família era essencialmente apoio instrumental (traduzível em tarefas quotidianas);
- O apoio fornecido por amigos era mais do tipo emocional (de companheirismo);

- Níveis elevados de apoio familiar estavam associados a uma melhor adesão ao tratamento;
- As diferenças entre sexos mostram que as raparigas reportavam mais apoio de amigos do que os rapazes; as raparigas referiam receber mais apoio social, em geral dos amigos.

Por último, numa revisão da literatura Góis (2002), constatou que os estudos empíricos revelam que o apoio social, (dos pares e família), influi no ajustamento psicológico e na adesão.

Conclui ainda haver melhor adesão nas famílias com mais apoio e incentivo (coesão) e menos conflitos interpessoais. Os estudos apontam para uma associação positiva entre apoio parental e adesão, através duma melhoria na competência social e auto-eficácia do adolescente face ao *stress*. No entanto, o efeito predictivo deste apoio correlaciona-se negativamente com a idade, sendo o ponto de viragem aos 15-16 anos. Por outro lado, a qualidade do apoio social da família e dos pares é diferente. A família é mais importante no suporte instrumental, na adesão (insulina, monitorização da glicemia e dieta) e os pares no suporte emocional e no ajustamento psicológico.

Em geral, os adolescentes diabéticos têm maior restrição social e menor qualidade nas relações mais íntimas com os seus pares em relação aos saudáveis, Góis (2002).

Relativamente à vertente de Suporte de Bens e Serviços, Gulliford e Mahabir (1998) estudaram a associação existente entre as desigualdades sociais (estado sócio-económico) e a morbilidade da diabetes mellitus.

Concluíram que o aumento da morbilidade diabética se associava de forma positiva com indicadores de baixo estado sócio-económico (desemprego, analfabetismo, habitação sem fornecimento de água potável) com o facto de: ser mulher, com maior idade e com duração mais longa da diabetes.

A associação negativa entre estado sócio-económico alto e morbilidade diabética encontrada justifica o investimento nos recursos de Saúde Pública para controlo da diabetes.

Apoio social e mortalidade diabética

Robinson *et al.* (1998) investigaram a relação existente entre as medidas de privação social e a mortalidade ocorrida em indivíduos com diabetes mellitus tipo 1 e 2 seleccionando para o efeito uma amostra aleatória de 2104 adultos de 8 hospitais.

Durante o período de seguimento, (8 anos), 14% dos indivíduos morreram sendo a doença cardiovascular a causa de morte mais vezes registada. Verificaram que a

taxa de mortalidade era mais alta para os homens do que para as mulheres, sendo mais alta para os de classe social mais baixa. Era ainda mais baixa nos desempregados e naqueles que abandonaram a escola antes dos 16 anos.

10 – CONCLUSÃO

Uma quantidade substancial de pesquisa, documenta os benefícios físicos e psicológicos do apoio social e mostra como os sujeitos com apoio social se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos indutores de *stress*; recuperam mais rapidamente da doença recentemente diagnosticada e reduzem o seu risco de mortalidade a doenças específicas como é o caso da diabetes.

Documenta ainda que os diabéticos que beneficiam de mais apoio social, usufruem de Qualidade de Vida mais satisfatória (Nunes, 1999 e Nunes, 2004).

BIBLIOGRAFIA

- Aalto, A. M.; Aro, A. R. (1997). Health related quality of life amoug insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. Finland. **Patient Educ. Couns** 30 (2), 215-225.
- Almeida, V. M. S. (2000) - **A Diabetes na Adolescência**. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1994) - Diferenças na Percepção do Apoio Social na Adolescência: Adaptação de uma Escala, O "Social Support Appraisals," (SSA) de Vaux et al. (1980). **Cadernos de Consulta Psicológica** (10/11). Porto: Instituto de Consulta Psicológica Formação e Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, 115-127.
- Atkinson, M.; Maclaren, N. (1994). **The pathogenesis on insulin-dependent diabetes mellitus.** N. Engl. J. Mexd. 331. p. 1428-1436.
- Barrón, A. (1996). **Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones**. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Bulmer, M. (1987) **The social basics of community care.** Londres. Allen Urwin.
- Gibson, J. & Brown, S. D. (1992). Counseling adults for life transitions. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.) **Handbook of Counseling Psychology**, (285-313). New York: John Willey & Sons, Inc.

- Grelenglass, E. (1993). The contribution of social support to coping strategies. **Applied Psychology: Na International Review**, 42. p. 323 – 340.
- Griffith, L.S.; Field, B.J.; Lustman P.J. (1990). Life stress and social support in diabetes: association with glicemic control. Missouri. **Journal Psychiatry Med**., 20 (4). p. 365-372.
- Góis, C. (2002) - Aspectos psico-sociais do adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1. **Psiquiatria Clínica**, 23 (1), 63 – 77.
- Gulliford, M. C. & Mahabir, D. (1998). **Social inequalities in morbility from diabetes mellitus in public primary care clinics in trinidad and Tobago**. Trinidad and Tobago. Soc sei Med, 46(1), 137-144.
- Hauser, S. T., Jacobson, A. M., Benes, K. A., & Anderson, B. J. (1997). **Psychosocial aspects of diabetes mellitus in children and adolescents: implications**. In Noshiptz (ed.), Handbook of child and adolescent psychiatry.
- Hauser, S. T., Jacobson, A. M., Lavori, P. Wolfsdorf, J. I., Herskowitz, R. D., Milley, J. E., Bliss, Wetlied, D., & Stein, J. (1990). Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. **Journal of Pediatric Psychology**, 15, 527-542.
- House, J. S. (1981). **Work, stress and social support**. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- La Greca, A. M. (1988). Children with diabetes and their families: coping and disease management. In T. M. Field, P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), **Stress and coping across development**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- La Greca, A. M., Auslander, W. F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E. B., & Santiago, J. V. (1995). I get by a little help from my family and friends: adolescent's support for diabetes care. **Journal of Pediatric Psychology**, 4, 449-476.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1986). **Social support, life events and depression**. New York: Academic Press.
- Matos, A. P. & Ferreira, A. (1999) - **Desenvolvimento de uma escala de apoio social** - No Prelo - Trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento. Realizadas nos dias 7, 8 e 9 de Janeiro de 1999 em Coimbra.
- Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000) - Desenvolvimento de uma escala de apoio social - **Psiquiatria Clínica**, 21 (3), 243-251.

- Nunes, M. M. J. C. (1999) - **Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais**. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado.
- Nunes, M. M. J. C. (2004). **Qualidade de Vida e Diabetes: Variáveis Psicossociais.** Badajoz: Universidade de Extremadura. Tesis Doctoral.
- Oxford, J. (1992). Social Resources I. Social Support In J. Oxford (ed.), **Community Psychology: Theory and practice**, 60-83. England: Willey & Sans, Ltd.
- Paixão, R. & Oliveira, R.A. (1996). Escala Instrumental e expressiva do suporte social. **Psycológica.** 16. p. 83-89.
- PROGRAMA DE CONTROLO DA DIABETES MELLITUS (1998). Dossier Diabetes – em conjunto, objectivos comuns. Portugal: Direcção Geral de Saúde.
- Ribeiro, J. P. L., et al. (1990) - Equivalentes afectivos: sua operacionalidade. **Revista Psiquiatria Departamento Saúde Mental**, II série (XII), 3 – 4.
- Ribeiro, J. L. P. (1994a). Psicologia da saúde, saúde e doença. **In Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras**. Braga: Associação de Psicólogos Portugueses, p. 33-55.
- Ribeiro, J. L. P. (1994b). A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**. Vol. XII, N.º 2-3, 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). **Social support: an interactional view**. New York: Wiley.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54, 4, 416-423.
- Tillotson, T. M. & Smith, M. S. (1996) - Locus of Control, Social support, and adherence to the diabetes regimen. **Diabetes Educ**, 22(2), 133-139.
- Vaux, A. (1988). **Social support. Theory, research and intervention**. New York: Praeger.
- Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In H. Viel & U. Baumann (eds.), **The meaning and measurement of social support**. (193-216). New York: Hemisphere.
- Vaz Serra, A. (1999) - **O *stress* na vida de todos os dias**. Coimbra: ed. De Autor.

Journal of Advanced Nursing, 1998, **27**, 1231–1241

Clarifying the social support theory-research linkage

Judith E. Hupcey RN CRNP EdD RNC
Research Associate, School of Nursing, College of Health and Human Development, The Pennsylvania State University, 20 Briarcrest Square, Hershey, PA 17033, USA

Accepted for publication 12 May 1997

HUPCEY J.E. (1998) *Journal of Advanced Nursing* **27**, 1231–1241
Clarifying the social support theory-research linkage
Social support is a multi-faceted concept that has been difficult to conceptualize, define and measure. Although this concept has been extensively studied, there is little agreement among theoreticians and researchers as to its theoretical and operational definition. As a result, the concept remains fuzzy and almost anything that infers a social interaction may be considered social support. Social support researchers have consistently ignored the complexity of the concept and have measured the variable in a simplistic manner. The purpose of this article is to analyse the linkage between theory and research related to social support by categorizing definitions of social support, exploring the theoretical aspects and conceptualizations of the concept, proposing models of social support, and examining how social support is measured in current social support research (1993–1996). The inadequacy of current research and directions for future study are discussed.

Keywords: social support, provider-recipient interactions, social support networks

INTRODUCTION

Social support is a concept that has been studied extensively both from research and theoretical perspectives. Analysis of the definitions and variables used in social support research reveals that there is conceptual confusion and various implicit assumptions regarding researchers' perceptions of what social support is and the subsequent selection of measurement instruments (Stewart 1993). Further, there is little agreement among authors about the theoretical and operational definitions of the concept.

When social support was initially examined during the mid-1970s to early 1980s, the concept was used in concrete terms, referring to an interaction, person or relationship (Veiel & Baumann 1992). However, in the past 15 years, the term has become more and more abstract encompassing anticipation, perceptions, quality of support, quantity of supportive interactions and '... abstract characteristics of persons, behaviors, relationships, or social systems. The evident diversity of what is subsumed under it [social support] is usually accounted for by postulating different kinds (e.g., emotional vs. instrumental), sources (e.g., spouses vs. family vs. friends), or other facets, forms, or expressions of the phenomenon ''support'' ' (Veiel & Baumann p. 2). As a result of this increasing abstraction, the concept remains fuzzy and almost any type of social interaction has been considered social support.

The purpose of this article is to explore the definitions, conceptualizations, and models of social support, and to present how various authors have measured the concept. The basis for this analysis was an examination of the theoretical and empirical literature since the mid-1970s, with an emphasis on published research from 1993 to 1996. Analysis of the linkage between theory and research for social support was achieved by categorizing definitions of social support, exploring the theoretical aspects and conceptualizations of social support, and proposing models of social support. Next, the variables measured in current social support research studies (1993–1996) were explored and categorized. Finally, the linkage between the defi-

© 1998 Blackwell Science Ltd

nitions of social support, the theoretical aspects of the concept, the models of social support, and how social support was measured in current research studies were examined.

DEFINITIONS OF SOCIAL SUPPORT

There are many definitions of social support found in the literature. Although different terminology is used in many of them, the definitions possess common characteristics. All of the definitions imply some type of positive interaction or helpful behaviour provided to a person in need of support (Rook & Dooley 1985). These definitions tend to be vague and simplistic and rarely specify types of relationships, interactions between the provider and the recipient, or the actual needs of the recipient for support.

When the major theoretical definitions of social support were examined, the definitions could be placed into five categories. The first category is the type of support provided. This classification of social support is used by numerous authors (see Table 1). Cohen *et al.* (1985 p. 75) illustrated this category by globally defining social support as '... the resources that are provided by other persons'. Cobb's (1976) definition, on the other hand, was more specific. Cobb stated that social support is information leading a person to believe that he/she is cared for and loved, esteemed and valued, and/or that he/she belongs to a network of communication and mutual obligation. The second category is related to recipients' perceptions. Procidano and Heller (1983 p. 2) defined social support as '... the extent to which an individual believes that his/her needs for support, information, and feedback are fulfilled'. The third category is the intentions or behaviours of the provider of support. An example of this type of definition is: 'social support is an exchange of resources between two individuals perceived by the provider or the recipient to be intended to enhance the well-being of the recipient' (Shumaker & Brownell 1984 p. 13). Category four is related to reciprocity; that is an exchange of resources between the recipient and provider. Antonucci (1985 p. 25) stated 'the actual giving, receiving and exchange of support is commonly referred to as the function of social support'. The final category is in terms of social networks. Various aspects associated with the support network commonly are measured in social support research. An example of a definition in this category is: '... social support may be defined as support accessible to an individual through social ties to other individuals, groups, and the larger community' (Lin *et al.* 1979 p. 109).

Table 1 Categories of social support theoretical definitions

Category 1: Type of support provided
Antonucci & Jackson 1990
Hilbert 1990
Jacobson 1986
Lin 1986
Cohen *et al.* 1985
Pilisuk 1982
Cobb 1976
Category 2: Recipients' perceptions of support
Tilden *et al.* 1990
Albrecht & Adelman 1987
Heller *et al.* 1986
Procidano & Heller 1983
Category 3: Intentions or behaviours of the provider
Thoits 1985
Shumaker & Brownell 1984
Category 4: Reciprocal support
Vaux 1992
Antonucci 1985
Shumaker & Brownell 1984
Category 5: Social networks
Lin *et al.* 1979
Weiss 1974
Thoits 1982

Many theoreticians have argued that the theoretical definitions of social support are too restrictive and inadequate because the concept is multifaceted. Vaux (1988 p. 28) suggested that '... no single and simple definition of social support will prove adequate because social support is a metaconstruct'. He argued that social support encompasses three constructs: support networks, supportive behaviours, and a subjective appraisal of support. Cohen (1992) agreed that an all-encompassing definition should not be used, and he suggested measuring three aspects of social support which are very similar to Vaux's position. These are social networks, perceived support and supportive behaviours. Laireiter and Baumann (1992) also argued that only a multidimensional taxonomy would be adequate for conceptual clarity.

As a multidimensional concept, social support also includes many other facets that may determine if social support is requested, accepted and/or received (Cohen & Syme 1985). Many of these facets relate to the interaction between the provider and recipient of social support, an area which is rarely included in the theoretical definitions of the concept. Other factors identified by Cohen and Syme include such things as: the type of support provided in terms of matching the support to the need, at the appropriate time and for the proper length of time; perceptions of the support received versus what was actually provided; negative support, such as non-reciprocity; and recipient and provider characteristics. These factors will be discussed individually.

 © 1998 Blackwell Science Ltd,

PROVIDER-RECIPIENT INTERACTIONS: FACTORS INFLUENCING THE PROVISION AND ACCEPTANCE OF SOCIAL SUPPORT

Provider and recipient perceptions of the support needed

'Before behaving supportively, an individual must recognize that the other person needs support and then determine what type of behavior is needed' (Dunkel-Schetter & Bennett 1990 p. 281). The occurrence of certain life events results in certain needs being manifested and the type(s) of support provided must match the individual need for the most optimal outcome (Cutrona & Russell 1990). The appraisal of a situation or a potentially stressful event by the provider of support and the recipient also must match. Kahn (1994 p. 171) postulated that '... one would expect that positive effects would be maximized when the kind of support offered was congruent with the requirement of the situation and the needs of the person'. If there is a difference between recipients and providers in terms of perceptions of the type of support that should be given, then the recipients may be unhappy with the support and feel that they did not receive what was needed (Shumaker & Brownell 1984). If support is given when the recipient does not expect it, or for a situation that a recipient does not appraise equally, then the support may not be considered helpful or even appreciated (Dunkel-Schetter & Skokan 1990).

Jacobson (1986) suggested that timing of the support given is just as important as matching the type of support provided to the need. During a stressful event, such as an illness, different types of support are needed at different times (Tilden 1986). Thus providers must be aware of the changing needs for support on the part of the recipient.

Reason for providing support

Individuals provide support for a variety of reasons. They include such things as feelings of social obligation and empathy, and for selfish reasons such as being able to ask for assistance for themselves in the future. In addition, egotistic motivation may influence an individual to provide support. Making oneself feel good by providing support is contrary to what Rook and Dooley (1985) stated is an apparent assumption about social support. That is, 'the provision of support has little effect on the helper' (Rook & Dooley 1985 p. 12). In terms of social obligation, an individual may feel *required* to provide support. This could cause the support to be given grudgingly, so even though the support may be helpful (for example, driving someone to the doctor as the supportive act, yet complaining about it the whole way), the recipient may not feel positively about the support received.

According to Jung (1988 p. 239), 'providers do not appear to bestow support simply because there is a need, but rather they weigh several factors, including appraisal of the potential recipient's responsibility and effort as well as the costs involved for the provider'. The provision of support also may be influenced by the type of event that has occurred. If the event is threatening to the provider, the support given may not be as forthcoming as it would be if the event were a non-threatening or happy one (Dunkel-Schetter & Bennett 1990). An individual who has experienced a similar stressful event may or may not be able to provide support to another person. The characteristics of the provider and the degree to which the provider has dealt with the experience will determine the ability to support someone else. If the event was upsetting to the provider, and the provider has not yet come to terms with it, he/she may be unable to support others.

Perceptions of support

The use of perceptions of the available and received social support by the recipient remains controversial. It has been argued that perceptions are inaccurate and do not reflect the support that is available or what has been provided. Lieberman (1986) pointed out that researchers should realize that respondents may be unable to describe and differentiate supportive processes even if given pre-selected categories. Antonucci and Israel's (1986) study on veridicality (i.e. congruence of perceptions between a support recipient and network member of the support that was given and received) of social support appears to confirm this idea. They found only moderate agreement between the recipient and network member's response as to the social support that was provided. In addition, perceptions may be inaccurate when examining the perception of potentially available social support versus actual support provided (Sarason *et al.* 1990).

Dunkel-Schetter and Bennett (1990) postulated two areas where discrepancies may occur between the perceptions of available support and what is actually received during a stressful event. First, the amount of support actually available during a stressful event may be either more than expected or less than expected, and, if initially adequate, may decrease over time. Second, though support may be available as anticipated, the support may turn out to be unhelpful or even harmful to the recipient. Coyne and DeLongis (1986, p. 457) stated that '... the exclusive focus on perceptions has resulted in the individual's being studied in isolation from family, neighborhood, and other important interactional contexts'. These authors suggested that there is a need to understand perceptions of social support, especially low levels of it, in light of other factors such as 'stress, coping, and adaptational outcomes' (Coyne & DeLongis p. 458). The coping strategies that a person uses may help determine the amount of support that is

available during a stressful situation (Dunkel-Schetter & Bennett 1990).

Others have argued that perceptions, though not always accurate, are still extremely influential in determining the satisfaction with and the outcome of the support. Vaux (1988 p. 16) stated that 'actuality and perception may diverge... Supportive acts may go unrecognized; affection may be taken for granted. In some cases, even unrecognized support may be influential,... but, in most cases, the perception of support or its absence would seem likely to have an effect regardless of actuality'. Heller *et al.* (1986) theorized that the support activity *per se* is not as important as how the activity is perceived and interpreted, and this may influence the outcome and overall satisfaction with the support provided. Lackner *et al.* (1994), in their qualitative study of supportive transactions during cancer treatment, cited examples of the respondents saying that when some family members provided support they were wary of the reasons why it was being provided (for example, guilt or wanting something in return). This wariness may influence perceptions of supportive behaviours and ultimately satisfaction with the support received.

A more realistic view, and one that is more multidimensional in terms of the complex nature of social support, comes from Vaux (1988). He said: 'Social support phenomena involve both objective and inherently subjective elements: both actual events and activities and the participants' perceptions and appraisal of these. Both must be addressed for a complete understanding of social support' (Vaux 1988 p. 17).

The perception of satisfaction with the support provided and the outcomes of social support may be influenced by who provides the support (Cohen & Syme 1985). Acceptance of support by the recipient may depend on who is the provider of that support. The recipient's relationship with the provider, along with the recipient's history of supportive interactions with that provider, may influence whether or not support is accepted. Antonucci (1985 p. 33) stated that '... friends and family are judged by different standards and their effectiveness as support providers is based on these different standards... family [members] are 'suppose' to provide support especially in times of crisis.' Support given by friends is judged more positively because it is given without the obligation inherent in family support. If friends fail to provide support it would not be considered as negatively as families failing to provide support.

Negative support

In the theoretical literature, negative support frequently is examined and its importance and relationship to the concept of social support discussed. However, as stated previously, the descriptions of social support both theoretically and in the operationalization of the term generally imply something positive (Rook & Dooley 1985). These positive descriptions of social support are extremely deceiving because, in reality, not all examples of social support nor, for that matter, all social interactions are positive.

Negative social interactions

Coyne and DeLongis (1986) pointed out that social networks may cause stress and that many potential sources of support may be more demanding than helpful. Rook (1984) discussed the negative side of social interactions. She found that social relationships may be more important than the support itself and that negative relationships may have a stronger effect on well-being than positive support relationships. People in stressful or over-demanding relationships may appear to lack support, but they may just be 'retreating from adverse situations or demands that exceed their resources' (Coyne & DeLongis 1986 p. 457). Clearly, the positive and negative impact of social interactions and social obligations needs to be considered as an important component of social support.

Negative social support

All social support that is provided is not perceived as positive, so even though support may be a positive thing, it may be perceived as negative by the recipient. Antonucci (1985 p. 29) stated: 'Support which is intended by the provider to be positive, may be negative either because the objective outcome of the support provided is negative or the recipient of the support perceives the support negatively'. The recipient may perceive support as negative if there is an interpersonal conflict that makes the receipt of support seem negative or he/she is not ready to accept the provided support. For example, encouraging a healthy behaviour like the cessation of smoking may be a positive act, but the recipient may not consider it such. The support provided also may be inherently negative, though not perceived as such by the recipient. For example, a person within the support network may encourage negative behaviours like alcohol use or smoking. The outcome of support may turn out to be negative or harmful to the recipient, when the supportive act was intended to be positive. Although supporters may be trying to be helpful, '... ''supporters'' sometimes provide clumsy or detrimental ''support'' and may cause further stress by making demands, by violating privacy, etc.' (Rook & Dooley 1985 p. 12). The providers of support may be doing their best but may not know what is needed or have the experience or ability to provide the support needed to produce a positive outcome.

Non-reciprocal support

Support that is not reciprocated also may be considered negative support (Rook 1987). Two types of non-reciprocal support may exist. First, if someone perceives that they

 © 1998 Blackwell Science Ltd,

are providing more support than they receive, the relationship is considered non-reciprocal. According to Antonucci (1985), a non-reciprocal network is perceived as inadequate and too demanding. The second type of non-reciprocal support relationship exists when the recipients are receiving more support than they provide. This can potentially lead a person not to ask for and or accept support that is offered, cause stress within the recipient by making them feel inadequate, or result in support being perceived as negative. Antonucci and Jackson (1990) found that both types of reciprocity in social support were important for the perception of well-being and overall satisfaction with the social support network.

Recipient characteristics

There are many characteristics associated with individuals that influence the potential availability of support and whether one requests, needs or receives support. Antonucci (1985 p. 25) stated that 'personal characteristics are those properties of the individual which are thought to have a determining influence on both the structure and function of an individual's support network'. Some of these characteristics include personality and roles, both cultural and social (Cohen & Syme 1985). Kahn (1994 p. 168) theorized that 'a person's requirements for support at any given time are determined jointly by enduring properties of that person (age, other demographic characteristics, personality, etc.) and by properties of the situation (expectation and demands of work, family, and other roles)'. For example, an extremely independent person may not require as much support or even have as large of a support network as someone with a more dependent personality. Psychological factors like coping ability and amount of distress may influence both the ability to request and accept support and, potentially, the provision of support (Dunkel-Schetter & Skokan 1990). If an individual perceives that he/she is coping well in a situation, support may not be requested and if offered, may be refused. A person who is in severe distress and totally unable to cope, may, on the other hand, not be able to request support and in the long run, by their actions, may drive away potential supporters.

In addition to personal characteristics, an individual's history of coping with a particular situation, history of supportive interactions, and the assessment of alternative resources may determine whether support is requested, accepted and/or effective (Cohen & Syme 1985, Vaux 1988). From one's prior experiences an individual will begin to weigh the costs of receiving support versus the benefits of the support itself. Certain people may be willing to provide support '... but they may also be sources of negative feelings, conflict, and other types of stress' (Sarason *et al.* 1990 p. 12). In this situation, the cost of receiving support may outweigh the benefits. The cost of asking for and receiving support may be too great for an independent person in terms of loss of independence or may be too great if a person knows that he/she may not be able to reciprocate support. Shumaker and Brownell (p. 14 1984) postulated that '... if people feel that they will not be able to return a benefit, they may be less likely to seek assistance or accept it when offered'.

Providers of support

Dunkel-Schetter and Skokan (1990 p. 439) stated that '... support provision involves not only the question of whether to help, but complex choices about what actions to take and in what manner'. Providers' appraisal of a situation will influence the provision of support. For example, if a recipient's situation is considered uncontrollable, greater support may be provided than if the situation is perceived to be a direct result of the recipient's actions. Assessment of the amount of time one needs support, which may not be congruent with what the recipient needs, may result in premature withdrawal of needed support. The feeling that providing support may make the recipient feel worse about a situation may prevent a potential provider of support from giving it. In addition, providers of support may not be able to empathize with the recipient, be unable to *read* the requests for support, be unwilling to give what is needed, be unwilling to give what is asked for because they feel they know what is needed, or be hesitant to provide support because they do not know what is needed or think they might do harm (Shumaker & Brownell 1984). The provider also may wear down, become overly stressed or burn out after providing support for an extended period of time, and therefore cease providing needed support.

MODELS OF SOCIAL SUPPORT

The models of social support typically found in theoretical can be categorized as provider models. In these models one or more individuals — network members — provide helpful support to a recipient. Though these models are important because social support involves the provision of a resource, they are extremely limited in their utility as models of social support (see Figure 1). Social support is not a concrete concept as it would appear in these models, but is a dynamic process that includes the interaction between the provider and recipient, and varies by recipient and provider.

Because the characteristics and perceptions of both the provider and recipient influence the provision and acceptance of support, other aspects of social support interactions, such as reciprocal relationships, potentially stressful relationships, the provision of negative or harmful support, and non-reciprocal relationships are proposed as potential models of social support (see Figure 2). The

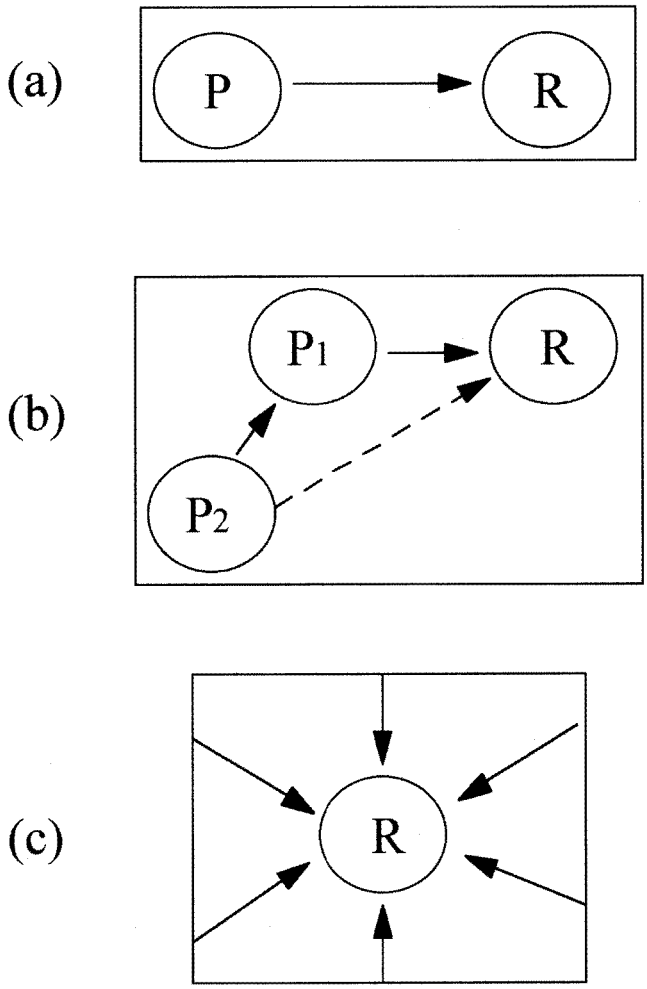


Figure 1 Present models of social support. (a) Provider-recipient model: one provider meets all the needs of the recipient. (b) Primary-secondary provider model: secondary provider assists primary provider in meeting the needs of the recipient. (c) Multiple provider model: more than one provider involved in meeting the needs of the recipient.

recipient's inability to reciprocate needs to be examined further because even this aspect of support has many dimensions. A delayed reciprocation model and a secondary reciprocation model are two potential dimensions to consider when examining reciprocity as a facet of social support. These two models may be factors in determining whether supportive acts are considered as positive or negative and ultimately influence the outcomes of support.

SOCIAL SUPPORT RESEARCH

Knowledge related to the concept of social support has grown in scope through years of empirical study and conceptual analysis (Vaux 1992), yet the tools used to assess social support tend to measure the same simplistic domains that were identified initially without considering

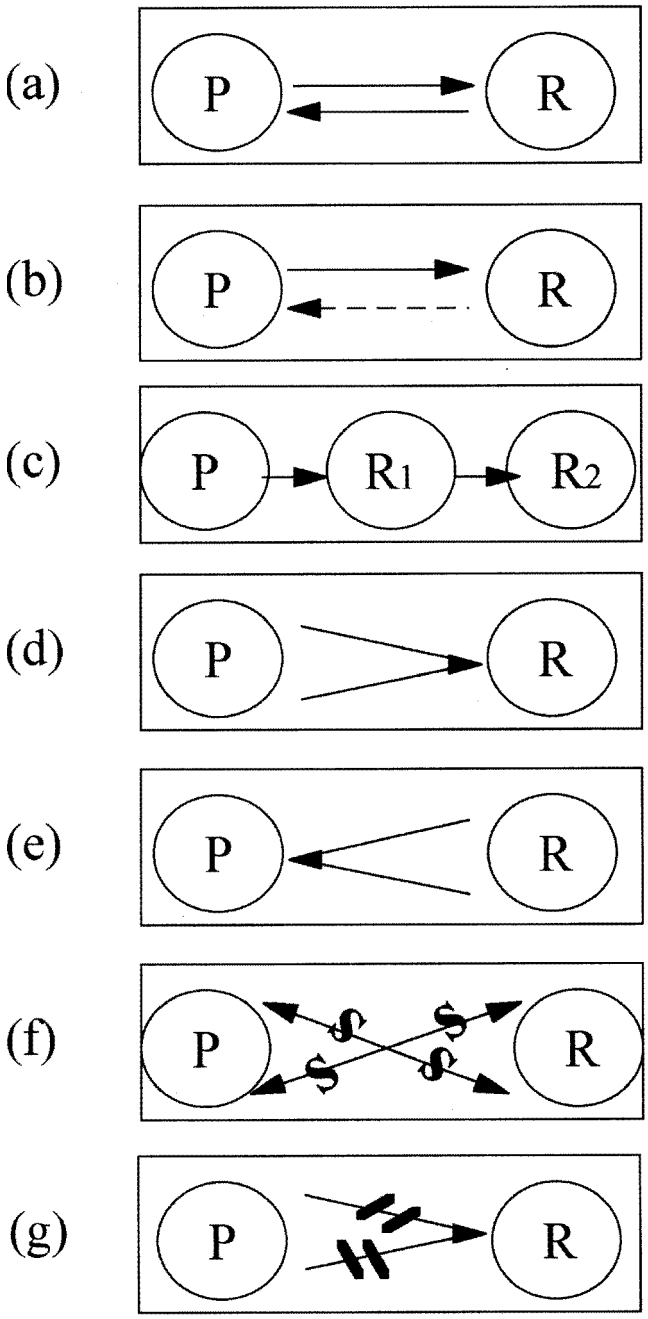


Figure 2 Proposed models of social support interactions. (a) Direct reciprocation model: recipient provides direct reciprocal acts towards the provider. (b) Delayed reciprocation model: recipient reciprocates at a later time or because of past relationship with the provider does not need to reciprocate. (c) Secondary reciprocation model: recipient reciprocates to a second person in need of support (Alcoholics Anonymous model). (d) Non-reciprocal recipient model: recipient receiving more support than is reciprocated. (e) Non-reciprocal provider model: recipient providing more support than received. (f) Stressful interaction model: interaction between the provider and recipient is stressful, even though behaviours may be intended to be supportive. (g) Negative provider support model: support provided is negative, perceived as negative, or the outcome is negative.

 © 1998 Blackwell Science Ltd,

all the interacting complexities of the concept. Many research tools also continue to lack adequate psychometric properties to make them valuable as theoretical predictors of the concept (Vaux 1992). Although new measures continue to be developed, the global categories studied are identical to those studied in the 1970s and 1980s, Sarason *et al*. (1990 p. 12) pointed out that 'measures of social support may be divided into three categories: (a) the network model that focuses on the individual's social integration into a group and the interconnectedness of those within that group, (b) the received support model that focuses on what the person actually received or reported to have received, and (c) the perceived support model that focuses on support the person believes to be available if he or she should need it'. There are limited numbers of measures that address satisfaction with support, reciprocity, actual recipient needs or the negative aspects of support and social interactions. Quality of and satisfaction with relationships are also part of only a few measures.

To evaluate how social support was being examined in recent years, research articles from the years 1993–1996, which had social support as a major study variable, were selected from MEDLINE, CINAHL, and Clinical Medicine and Life Sciences data bases. A total of 145 articles were examined in terms of how social support was being measured in relation to the following.

Perspective

- Whose perceptions are being measured: the recipient, the provider or both.

Focus

- Type of support available or potentially available: perceptions of support that would be available if needed or perceptions of the type and amount of support that was received, either in general or from a specified individual or network (e.g. family or friends).
- Network characteristics: perceptions of the number of people available or potentially available, frequency of contact with individual network members, nature of the relationship (e.g., spouse, friend, confidante, community) or marital status; and
- Both: perceptions of both the type of support and network resources

Other

- Need for support versus support provided: recipients' perceptions of the type and amount of support needed or expected versus what was actually provided;
- Satisfaction: recipients' perceptions of the quality of or the satisfaction with the support network or received support;
- Reciprocal support: perceptions of reciprocal interactions or where social support was provided and received; and
- Conflict or negative social interactions: recipients' perceptions of stressful or potentially distressful interactions

An examination of the social support research articles from 1993 to 1996 revealed that what was measured has remained unchanged and is virtually identical to the three categories of measures identified by Sarason *et al.* (1990). First, in all but two studies, the investigation was undertaken from the perspective of the recipient, examining only the recipients' perceptions of the type of support and/or their support network characteristics. A total of 58 studies focused on the type of support; 25 studies focused on the support network or network characteristics; and 39 studies focused on both type of support and network characteristics. In the 'other' category, only a few studies deviated from the models described by Sarason *et al*. (1990). These studies addressed the perceptions of support needed or expected versus what was provided ($n=6$) (Logsdon *et al.* 1994, Nott *et al.* 1995, Riegel & Gocka 1995, Robinson & Steele 1995, Paarlberg *et al.* 1996, Sloper 1996); satisfaction with the support network or the actual or potential support ($n=30$) (for example, Camp *et al.* 1993, Olson *et al.* 1994, Gottleib & Mendelson 1995, King 1996); the perceptions of reciprocity ($n=8$) (Anson *et al.* 1993, Buunk *et al.* 1993, Nicholas & Webster 1993, Abbey *et al.* 1995, Hirdes & Strain 1995, Krause 1995, Franks & Stephens 1996, Jirka *et al.* 1996); and conflict or negative interactions ($n=12$) (Lackner *et al.* 1993a, Lackner *et al.* 1993b, De Wilde *et al.* 1994, Ahlerg-Hultén *et al.* 1995, Greenwood *et al.* 1995, Holahan *et al.* 1995, Krause 1995, Barnet *et al.* 1996, Esterling *et al.* 1996, Eurelings-Bontekoe *et al.* 1996, Overholser 1996, Sharts-Hopko *et al.* 1996).

To summarize, in these current studies, as in studies over the past 25 years when social support is measured it is done by examining the type of social support and/or social network characteristics and, only in terms of the recipients' perceptions. Provider–recipient interactions and the other identified facets of social support that were discussed theoretically were rarely included in this research.

LINKAGE BETWEEN THE THEORETICAL ASPECTS OF PROVIDER-RECIPIENT INTERACTIONS AND RESEARCH

Social support is a complex, dynamic, and fluid concept that involves interactions between recipients and providers (Vaux 1992). The majority of theoreticians agree that the concept is not easily definable or measurable. In order to understand this multidimensional concept numerous variables need to be considered both as individual variables and as interacting variables. The interactions between recipients and providers (either individual providers or a larger network of providers) appear to be a significant aspect of social support that needs to be

considered when the concept is examined and measured. In addition, the costs and benefits of asking for and accepting support, including the negative aspects of social interactions, personal consequences such as loss of independence or self-esteem, and the issue of reciprocity need to be addressed.

Social support research to this day remains simplistic even compared to some of the operational definitions of the concept. Research tends to be based on the most basic models of social support, that of one or more providers giving 'helpful' support to a recipient. Some of the definitions, though not nearly as inclusive as needed, do include interactions between the recipient and the provider(s) of support. Most social support researchers do not consider this interaction, and seem to base their work on the idea that the provider will know and provide the right kind(s) and amount of support, so provider factors are not even considered as variables to be measured. Researchers also tend to assume that recipients will know what type of support they need and be willing to ask for it and accept it when offered to them. The costs and benefits of asking for and accepting support are weighed by all potential recipients of support. However, these factors are not measured in current studies. Although the outcomes of accepting support may look good (such as incidence of coronary heart disease, performance of cancer screening, or recovery from surgery), the long-term emotional and psychological costs of accepting support rarely are considered. Many studies are based on the premise that all recipients will need the same types and amounts of support in specific situations. This assumption does not consider that there are individual characteristics that will influence the support that is requested, offered and accepted (Cohen & Syme 1985, Kahn 1994). Also not considered are other types of provider models where different providers or network members meet different needs of the recipient and provide support at different times throughout a stressful event.

Other recipient characteristics are not considered when measuring the social support network or the perceptions of the support received. The concern with only examining perceptions and not other characteristics is consistent with those theoreticians who believe that these characteristics are not really meaningful because a person's perception of the support available or received is what actually influences positive outcomes (such as a feeling of overall well-being) (Heller *et al.* 1986, Vaux 1988). However, as Sarason *et al.* (1990) pointed out, satisfaction with the support network and available support *is* related to personal characteristics. Some individuals will never be satisfied with the support they are given, even if it is more than adequate for their present circumstances. Recipients also may be dissatisfied and consider it negative support if the provider encourages behaviors that the recipient does not want to display (Antonucci 1985).

Another problem with measuring only recipient perceptions of social support instead of the actual support that is given is that these perceptions are not always accurate. These perceptions are based on not only what the recipient felt was needed versus what was actually given but what the provider(s) perceived was needed by the recipient. This double set of perceptions adds to the complexity of measuring social support. In addition, provider and recipient perceptions do not correlate well. Providers usually feel that they are giving more than recipients feel they are receiving (Antonucci & Israel 1986, Sarason *et al.* 1990). Again, there is a belief that provider perceptions do not matter. In the short run this may be true. However, provider perceptions of a recipient's willingness to accept support and satisfaction with what is being given may influence the continuation of the supportive behaviors. If providers perceive that they are giving the amount and type of support that is warranted in a particular situation, yet the recipient continues to be dissatisfied with that support, will they continue to provide support? Addressing an issue like this and other provider factors such as why and how social support is provided may be important when measuring the long-term outcomes associated with social support. When these factors are ignored, a major component of the concept of social support is missing.

In terms of negative support, theoreticians seem to believe that there are many aspects, such as the stressful interaction model and the negative provider support model, that may affect outcomes. Although a recipient may be satisfied with the support received and therefore have a sense of overall well-being, the physical outcomes of support may not be as positive. Researchers do not consider these possibilities when they measure only types of support received (e.g. emotional) or perceptions of satisfaction with what was received.

Reciprocity is another factor related to a potential recipients' satisfaction with social support. Shumaker & Brownell (1984 p. 15) stated that '... the value of the reciprocity model for social support derives from its attention to factors that inhibit people's willingness to seek and accept help. By being sensitive to situations in which the norm of reciprocity is salient (e.g. among distant friends or over extended periods of recipient need) investigators can assess whether people lack access to support or are unwilling to become indebted to others'. Reciprocity as a dimension of social support is not included as a variable in most research studies and is studied rarely on its own. The proposed reciprocity models (delayed reciprocity and secondary reciprocity) are only two potential ways in which a recipient may respond if unable to reciprocate immediately to the provider of support. Is the use of delayed reciprocity or secondary reciprocity helpful in preventing negative feelings or outcomes? Are there other ways in which reciprocity works? Questions such as these need to be examined.

 © 1998 Blackwell Science Ltd,

Many studies also are based on the premise that the number of individuals in the support network or presence of a particular person (such as a spouse or confidante) will influence positive outcomes. Theoreticians point out some fundamental problems with this assumption. Members of the support network theoretically may be available, but the person in need of support may ask them reluctantly for support. In addition, the size of the network does not indicate how much support is received or would be received if needed (Sarason *et al.* 1990). Social interactions and support networks also may be more demanding than helpful and therefore cause more stress than support (Rook 1984, Coyne & DeLongis 1986). Finally, just listing the number of supporters or the presence or absence of someone like a spouse does not indicate the quality of and satisfaction with the relationship(s). These factors may be extremely influential on the perceptions of the support received and outcomes of support.

Finally, when examining the outcomes of social support research, it is important to consider cause and effect. As Rook and Dooley (1985) explained, it may be hard to tell if the lack of social support contributed to a problem occurring (such as depression), or if the problem was preexisting in the individual and thus influenced the lack of adequate social support. Social support researchers seem to have ignored this cause and effect phenomenon and tend to assume that social support always results in positive outcomes (either prevention of a problem or better resolution of the problem). Researchers also tend not to examine social support and changes in a social network over extended periods of time (Kahn 1994) or as something that may vary throughout one's life, or even through the course of a stressful life event (Sarason *et al.* 1990). As a result, it is difficult to evaluate this cause and effect phenomenon.

SUMMARY

Social support remains an extremely complex and illusive concept. Although theoreticians and researchers have been attempting to define and describe aspects of social support, it is still not well conceptualized. When operationalized for research purposes, only a small facet of the concept is measured and only in terms of recipients' perceptions.

The various models of social support presented illustrate some of the many possible approaches to examining the concept. These models are important because the interaction between the provider and recipient of support is included as a significant part of each model. Current researchers rarely consider the provider as a variable to be studied. Clearly provider factors such as providers' perceptions and characteristics will influence the support that is provided, if support is accepted, and the outcomes of the supportive interaction. Initially, these models need to be examined individually within different contexts. For example, are different provider–recipient models more appropriate for an individual with a chronic disease versus a life threatening critical illness? Or, which, if any of the models (e.g. stressful support or reciprocal models) are important for a critically ill patient? Once these models are tested individually and in different contexts, then future researchers need to consider the interaction between these models; for example, interactions between the different provider–recipient models in Figures 1 and 2. The use of these models will help researchers to fully understand how social support works and how it can be strengthened to produce positive health outcomes.

Although hundreds of studies are done yearly which include social support as a variable, this research remains stagnant. The complexity of these studies and the statistics used for analysis has markedly increased; however, the same variables are measured over and over again. Even though, over the past 25 years, the characteristics of the samples have continually changed, the results remain the same: social support is important for positive health-related outcomes. This result was important initially, but is now lacking significance because researchers have not shown that health outcomes can be changed by manipulating social support. It is no longer adequate to conclude that 'being married' has some health protective benefits. Researchers need to move ahead by examining ways in which these health protective benefits can be produced in non-married individuals. In other words, researchers need to test interventions that may influence positive health outcomes. The need for nursing intervention studies has been documented for years by social support experts such as Norbeck (1988) and Stewart (1989, 1993). It is time to test the models of social support interactions and the models of reciprocity, so nursing can have an impact on health outcomes, especially in those individuals who lack support or who are involved in stressful relationships.

Acknowledgements

This research was supported by AHCPR, #1 F32 HS00094-02. The author wishes to thank Dr Janice M. Morse for her guidance throughout this project.

References

Abbey A., Andrews F.M. & Halman L.J. (1995) Provision and receipt of social support and disregard: What is their impact on the marital life quality of infertile and fertile couples? *Journal of Personality and Social Psychology* **68**, 455–469.

Ahlerg-Hultén G.K., Theorell T. & Sigala F. (1995) Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* **21**, 435–439.

Albrecht T. & Adelman M. (1987) Communication networks as structures of social support. In *Communicating Social Support*

(Albrecht T. & Adelman M. eds), Sage, Newbury Park, California, pp. 40–61.

Anson C.A., Stanwyck D.J. & Krause J.S. (1993) Social support and health status in spinal cord injury. *Paraplegia* **31**, 632–638.

Antonucci T.C. (1985) Social support: theoretical advances, recent findings and pressing issues. In *Social Support: Theory, Research and Application* (Sarason I.G. & Sarason B.R. eds), Nijhoff, Boston, pp. 21–37.

Antonucci T.C. & Israel B.A. (1986) Veridicality of social support: a comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **54**, 432–437.

Antonucci T.C. & Jackson J.S. (1990) The role of reciprocity in social support. In *Social Support: an Interactional View* (Sarason B.R., Sarason I.G. & Pierce G.R. eds), Wiley, New York, pp. 173–209.

Barnet B., Joffe A., Duggan A.K., Wilson M.D. & Repke J.T. (1996) Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. *Archives of Pediatric, Adolescent Medicine* **150**, 64–69.

Buunk B.P., Doosje B.J., Jans L.G.J. & Hopstaken L.E.M. (1993) Perceived reciprocity, social support, and stress at work: the role of exchange and communal orientation. *Journal of Personality and Social Psychology* **65**, 801–811.

Camp B.W., Holman S. & Ridgway E. (1993) The relationship between social support and stress in adolescent mothers. *Developmental and Behavioral Pediatrics* **14**, 369–374.

Cobb S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* **38**, 300–313.

Cohen S. (1992) Stress, social support, and disorder. In *The Meaning and Measurement of Social Support*. (Veiel H.O.F. & Baumann U. eds), Hemisphere, New York, pp. 109–124.

Cohen S., Mermelstein R., Karmarck T. & Hoberman H.M. (1985) Measuring the functional components of social support. In *Social Support: Theory, Research and Application* (Sarason I.G. & Sarason B.R. eds), Nijhoff, Boston, pp. 73–94.

Cohen S. & Syme S.L. (1985) Issues in the study and application of social support. In *Social Support and Health* (Cohen S. & Syme S.L. eds), Academic Press, Orlando, Florida, pp. 3–22.

Coyne J.C. & DeLongis A. (1986) Going beyond social support: the role of social relationships in adaptation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **54**, 454–460.

Cutrona C.E. & Russell D.W. (1990) Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. In *Social Support: An Interactional View* (Sarason B.R., Sarason I.G. & Pierce G.R. eds), Wiley, New York, pp. 319–366.

De Wilde E.J., Kienhorst C.W.M., Diekstra R.F.W. & Wolters W.H.G. (1994) Social support, life events, and behavioral characteristics of psychologically distressed adolescents at high risk for attempting suicide. *Adolescence* **29**(113), 49–60.

Dunkel-Schetter C. & Bennett T.L. (1990) Differentiating the cognitive and behavioral aspects of social support. In *Social Support: an Interactional View* (Sarason B.R., Sarason I.G. & Pierce G.R. eds), Wiley, New York, pp. 267–296.

Dunkel-Schetter C. & Skokan L.A. (1990) Determinants of social support provision in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships* **7**, 437–450.

Esterling B.A., Kiecolt-Glaser J.K. & Glaser R. (1996) Psychosocial modulation of cytokine-induced natural killer cell activity in older adults. *Psychosomatic Medicine* **58**, 264–272.

Eurelings-Bontekoe E.H.M., Verschuur M. & Diekstra R.F.W. (1996) Symptomatology, social support and social support seeking: long-term results of a prospective study among primary mental health care patients. *Patient Education and Counseling* **28**, 277–285.

Franks M.M. & Stephens M.A.P. (1996) Social support in the context of caregiving: husband's provision of support to wives involved in patient care. *Journal of Gerontology* **51B**, P43–P52.

Gottleib L.N. & Mendelson M.J. (1995) Mothers' moods and social support when a second child is born. *Maternal-Child Nursing Journal* **23**, 3–14.

Greenwood D., Packham C., Muir K. & Madeley R. (1995) How do economic status and social support influence survival after initial recovery from acute myocardial infarction? *Social Science and Medicine* **40**, 639–647.

Heller K., Swindle R.W. & Dusenbury L. (1986) Component social support processes: comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **54**, 466–470.

Hilbert G.A. (1990) Measuring social support in chronic illness. In *Measurement of Nursing Outcomes: Measuring Client Self-Care and Coping Skills* Volume 4 (Strickland, O.L. & Waltz C.F. eds), Springer, New York, pp. 79–95.

Hirdes J.P. & Strain L.A. (1995) The balance of exchange in instrumental support with network members outside the household. *Journal of Gerontology* **50B**, S134–S142.

Holahan C.J., Moos R.H., Holahan C.K. & Brennan P.L. (1995) Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology* **14**, 152–163.

Jacobson D.E. (1986) Types and timing of social support. *Journal of Health and Social Behavior* **27**, 250–264.

Jirka J., Schuett S. & Foxall M.J. (1996) Loneliness and social support in infertile couples. *JOGNN* **25**, 55–60.

Jung J. (1988) Social support providers: why do they help? *Basic and Applied Social Psychology* **9**, 231–240.

Kahn R.L. (1994) Social support: content, causes and consequences. In *Aging and Quality of Life* (Abeles R.P., Gift H.C. & Ory M.G. eds) Springer, New York, pp. 163–184.

King R.B. (1996) Quality of life after stroke. *Stroke* **27**, 1467–1472.

Krause N. (1995) Negative interaction and satisfaction with social support among older adults. *Journal of Gerontology* **50B**, P59–P73.

Lackner J.B., Joseph J.G., Ostrow D.G. *et al*. (1993a) A longitudinal study of psychological distress in a cohort of gay men: Effects of social support and coping strategies. *The Journal of Nervous and Mental Disease* **181**, 4–12.

Lackner J.B., Joseph J.G., Ostrow D.G. & Eshleman S. (1993b) The effects of social support on Hopkins symptom checklist-assessed depression and distress in a cohort of human immunodeficiency virus-positive and -negative gay men: a longitudinal study at six time points. *The Journal of Nervous and Mental Disease* **181**, 632–638.

Lackner S., Goldenberg S., Arrizza G. & Tjosvold I. (1994) The contingency of social support. *Qualitative Health Research* **4**, 224–243.

Laireiter A. & Baumann U. (1992) Network structure and support functions — theoretical and empirical analyses. In *The Meaning and Measurement of Social Support* (Veiel H.O.F. & Baumann U. eds), Hemisphere, New York, pp. 33–55.

Lieberman M.A. (1986) Social supports — the consequences of

psychologizing: a commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **54**, 461–465.

Lin N. (1986) Conceptualizing social support. In *Social Support Life Events and Depression* (Lin N., Dean A. & Ensel W. eds), Academic Press, New York, pp. 17–21.

Lin N., Simeone R.S., Ensel W.M. & Kuo W. (1979) Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior* **20**, 108–119.

Logsdon M.C., McBride A.B. & Birkimer J.C. (1994) Social support and postpartum depression. *Research in Nursing & Health* **17**, 449–457.

Monahan D.J. & Hooker K. (1995) Health of spouse caregivers of dementia patients: the role of personality and social support. *Social Work* **40**, 305–314.

Nicholas P.K. & Webster A. (1993) Hardiness and social support in human immunodeficiency virus. *Applied Nursing Research* **6**, 132–134.

Norbeck J.S. (1988) Social support. *Annual Review of Nursing Research* **6**, 85–109.

Nott K.H., Vedhara K. & Power M.J. (1995) The role of social support in HIV infection. *Psychological Medicine* **25**, 971–983.

Olson S.L., Kieschnick E., Banyard V. & Ceballo R. (1994) Socioenvironmental and individual correlates of psychological adjustment in low-income single mothers. *American Journal of Orthopsychiatry* **64**, 317–331.

Overholser J.C. (1996) The dependent personality and interpersonal problems. *The Journal of Nervous and Mental Disease* **184**, 8–16.

Paarlberg K.M., Vingerhoets A.J.J.M., Passchier J. *et al.* (1996) Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* **17**, 93–102.

Pilisuk M. (1982) Delivery of social support: the social inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry* **52**, 20–31.

Procidano M.E. & Heller K. (1983) Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology* **11**, 1–24.

Riegel B. & Gocka I. (1995) Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction. *Heart & Lung* **24**, 457–466.

Robinson K.M. & Steele D. (1995) The relationship between health and social support in care giving wives as perceived by significant others. *Journal of Advanced Nursing* **21**, 88–94.

Rook K.S. (1984) The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* **46**, 1097–1108.

Rook K.S. (1987) Reciprocity of social exchange and social satisfaction among older women. *Journal of Personality and Social Psychology* **52**, 145–154.

Rook K.S. & Dooley D. (1985) Applying social support research: theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues* **41**, 5–28.

Sarason B.R., Sarason I.G. & Pierce G.R. (1990) Traditional views of social support and their impact on assessment. In *Social Support: An Interactional View* (Sarason B.R., Sarason I.G. & Pierce G.R. eds), Wiley, New York, pp. 7–25.

Sharts-Hopko N.C., Regan-Kubinski M.J., Lincoln P.S. & Heverly M.A. (1996) Problem-focused coping in HIV-infected mothers in relation to self-efficacy, uncertainty, social support, and psychological distress. *Image* **28**, 107–111.

Shumaker S.A. & Brownell A. (1984) Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues* **40**, 11–36.

Sloper P. (1996) Needs and responses of parents following the diagnosis of childhood cancer. *Child: Care Health and Development* **22**, 187–202.

Stewart M.J. (1989) Social support intervention studies: a review and prospectus of nursing contributions. *International Journal of Nursing Studies* **26**, 93–114.

Stewart M.J. (1993) *Integrating Social Support in Nursing*. Sage, Newbury Park, California.

Thoits P.A. (1982) Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior* **23**, 145–159.

Thoits P.A. (1985) Social support and psychological well-being: theoretical possibilities. In *Social Support: Theory, Research and Application* (Sarason I.G. & Sarason B.R. eds), Nijhoff, Boston, pp. 51–72.

Tilden V.P. (1986) New perspectives on social support. *The Nurse Practitioner* **11**, 60–61.

Tilden V.P., Nelson C.A. & May B.A. (1990) The IPR inventory: development and psychometric characteristics. *Nursing Research* **39**, 337–343.

Vaux A. (1988) *Social Support — Theory, Research and Intervention*. Praeger, New York.

Vaux A. (1992) Assessment of social support. In *The Meaning and Measurement of Social Support* (Veiel H.O.F. & Baumann U. eds), Hemisphere, New York, pp. 193–216.

Veiel H.O. & Baumann U. (1992) The many meanings of social support. In *The Meaning and Measurement of Social Support*. (Veiel H.O.F. & Baumann U. eds), Hemisphere, New York, pp. 1–9.

Weiss R. (1974) The provision of social relationships. In *Doing Unto Others*. (Rubin Z. ed.), Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, pp. 17–26.

Clarifying Social Support

One of the most basic characteristics of people is that they are social beings. Perhaps this concept is so self-evident that it often has been ignored, taken for granted, or given insufficient attention in attempts to explain or influence health-related outcomes in research and practice. An increasing number of JNS manuscripts include the variable "social support," both the positive effects of having it and the negative consequences of living without it. Sometimes social support is one of the foreground variables, specifically investigated and discussed. Many times it is a background variable, mentioned as part of the context but not clearly defined or subjected to systematic inquiry. This issue contains articles with both uses of social support, though not all with explicit use of the term. Examining this important phenomenon might help to clarify what it is, how it is expressed and measured, and what it means in nursing practice and scholarship.

A colleague in psychiatry often says that, if one entire generation of children were unconditionally loved, most psychiatrists (and presumably most psychiatric nurses) would be out of work. That prospect seems unlikely, but Martsolf's article in this issue shows how lack of support and overt maltreatment of children can affect their mental and physical health all their lives. Her chilling descriptions of various children in Haiti make one wish for someone's unconditional love for more of the world's children. Mistreatment could be considered on a continuum at the opposite pole from social support. Could social support as a construct be a continuum with several identifiable points? Is it a single variable with many indicators, or is it a multivariate construct most useful in theoretical development?

Mabunda and colleagues' article in this issue, focused on rural South Africans' knowledge of HIV/AIDS, revealed an intriguing outcome of social support. Although the study pertained to professional provision of information, the participants had first learned about HIV/AIDS from peers in a support group. Without the support group, these authors may not have had participants in their study of such an important topic in a country under siege by this deadly disease. Although questions about the support group were beyond the scope of the study, many questions were implied. What was the nature of the social support in that group? Was the group a structural mechanism that enabled greater self-care, expression, or efficacy? Was it simply a source of helpful information? Perhaps the finding was coincidental in a small sample, but it was surprising because one would not expect support group attendance as a routine part of rural life, particularly in a resource-poor location. The dynamics of social support, including both information and emotional support from peers, there and elsewhere, warrant a closer look.

Social support looms large in other articles as well, even if it is not so labeled. Parents and diabetic children needed support, both information and psychosocial support (Sullivan-Bolyoi et al., p. 316). People trying to quit smoking often could not do so alone (Buchanan et al., p. 324). People prone to negative thinking needed help to reset their perceptions of self and others (Peden et al., p. 337). Women needed particular kinds of support after the birth of a child (Hung, p. 345). And study after study has indicated the needs of nurses for support in the workplace. The term social support is appropriate for these diverse situations, yet greater clarity as a scientific concept and a professional intervention is needed.

As you read these articles and other literature, be alert to the pervasiveness of social support. Nurses skilled in interpersonal relations are "supportive." Nurses who provide information for patients and families are supportive. Nurses who express understanding of pain and stress are supportive. If it is so important, can nurses and researchers learn it, teach it, and live it in its currently ambiguous, all-encompassing form? It might overlap with the concept of caring, but nursing scientists years ago differentiated social support and caring–both fundamental bases of nursing practice. Cobb's (1976) definition of social support included being part of "a network of mutual obligation." (p. 301) Based on extensive research on caring, Swanson (1991) said that the critical difference between caring and social support is the element of reciprocity described by Cobb and others.

The next issue of JNS will include a report of an analysis of the literature on social support. That and other efforts focused on this important concept should not only promote the quality of research and advance nursing science; they just might result in greater clarity of the heart of nursing practice.

Reference

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38, 300-314.

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. **Nursing Research**, 40(3), 161-166.

Sue Thomas Hegyvary
Editor

Copyright of Journal of Nursing Scholarship is the property of Blackwell Publishing Limited. The copyright in an individual article may be maintained by the author in certain cases. Content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DE SUPORTE SOCIAL[1]

Mirlene Maria Matias Siqueira[*]

RESUMO. O suporte social é apontado por estudiosos de diversas áreas do conhecimento como um fator capaz de proteger e promover a saúde. Este estudo teve como objetivo construir e validar, através de análise fatorial, a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS). A versão-piloto da EPSS, composta por 29 itens, foi aplicada a 437 pessoas (72 homens e 365 mulheres) com idade média de 23,93 anos. Análises fatoriais revelaram a existência de dois fatores consistentes que explicaram 47,33% da variância total, tendo o fator 1 reunido 19 itens que condizem a suporte prático com alfa de Cronbach de 0,91, enquanto o fator 2 reuniu 10 itens de suporte emocional com alfa de Cronbach de 0,92. Os resultados forneceram evidências de ser a EPSS uma medida bifatorial, com dois fatores consistentes e precisos, podendo ser utilizada como instrumento de diagnóstico ou de pesquisa.

Palavras-chave: suporte social, validade fatorial, medida psicológica.

CONSTRUCTION AND VALIDATION OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT SCALE

ABSTRACT. Social support is pointed out by scholars from several areas as one of the factors able to protect and promote health. Current study constructs and validates, through factor analysis, the Perceived Social Support Scale (PSSS). The pilot version of the PSSS, composed of 29 items, was applied on 437 people – 72 men and 365 women – mean age 23.93 years. Factor analysis revealed the existence of two consistent factors which explained 47.33% of total variance. Factor 1 gathered 19 items related to practical support with Cronbach alpha 0.91, whereas factor 2 gathered 10 items related to emotional support with Cronbach alpha 0.92. Results provided evidences on PSSS as a bi-factorial scale, with two precise and consistent factors. It may be used as a diagnostic or research instrument.

Key words: Social support, factor validation, psychological measure.

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE SOPORTE SOCIAL

RESUMEN. La ayuda social es señalada por estudioso de las áreas diversas del conocimiento como uno de los factores sociales con capacidad de proteger y de promover la salud. Este estudio que tenía como objetivo para construir y para validar, con el análisis factorial, la Escala de Percepción de Soporte Social (EPSS). Aplicaron al piloto de la versión del EPSS, compuesto para 29 artículo, las 437 personas, siendo 72 hombres y 365 mujeres con la edad media de 23.93 años. Los análisis factoriales habían divulgado la existencia de dos factores constantes que habían explicado 47.33% de la variación total, teniendo factor 1 juntaron el artículo 19 que condicen la ayuda práctica con la alfa de Cronbach de 0.91, mientras que el factor 2 juntó el artículo 10 de la ayuda emocional con la alfa de Cronbach de 0.92. Los resultados habían proveído a las evidencias de ser los EPSS a la medida bifactorial, de dos constantes y de factores necesarios, pudiendo ser utilizado como instrumento de la investigación o de la diagnosis.

Palabras-clave: Ayuda social, validez factorial, medida psicológica.

Evidências de que a ruptura de vínculos sociais aumentava a suscetibilidade a doenças diversas - como hipertensão arterial, depressão e tuberculose - contribuíram para reafirmar a estreita relação entre redes sociais e saúde (Chor, Griep, Lopes & Faerstein, 2001). Esta linha de pesquisa suscitou maior interesse entre pesquisadores quando Berkman e Syme (1979) divulgaram resultados de um estudo epidemiológico longitudinal de nove anos, período em que 6.928 adultos residentes na Califórnia foram avaliados em

[1] Apoio: CNPq.

[*] Doutora em Psicologia. Docente da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo.

seus relacionamentos sociais e indicadores de saúde. O estudo revelou que índices mais elevados de integração social (manter o casamento, manter contatos com amigos, pertencer a organizações sociais e religiosas, etc.) estavam inversamente associados à mortalidade. A partir deste trabalho, estudiosos passaram a investigar com maior ênfase a interface ambiente social e saúde, procurando identificar tipos de relacionamento benéficos à saúde e a analisar como as experiências nas relações sociais produziam impactos na saúde física e como seria possível intervir no ambiente social para promover e proteger a saúde. A partir desta compreensão, diversos conceitos foram utilizados para desenhar uma vida socialmente saudável, dentre eles destacando-se suporte social (Cobb, 1976; Cohen, 1988, 2004), comboio social (Antonucci & Akiyama, 1994), bem-estar social (Keyes, 1998) e integração social (Berkman, Michael, Colditz & Kawachi, 2001; Brissette, Cohen & Seeman, 2000).

O suporte social é considerado capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde tanto física como mental, guardando uma estreita relação com bem-estar (Rodriguez & Cohen, 1998). Trata-se de um conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais.

O conceito de redes foi originalmente criado e desenvolvido no âmbito da sociologia antropológica. Sociólogos defendem a noção de que as redes têm algum poder sobre o comportamento social das pessoas nelas envolvidas (Mitchell, 1969). A importância das redes na construção social reside no pressuposto de que elas preenchem as necessidades individuais, criando para seus integrantes inúmeras oportunidades de manter sua identidade social, receber apoio, ajuda material, serviços, informações e novos contatos sociais (Berkman, 1995; Walker, Macbride & Vachon, 1977). Redes são definidas como uma teia identificada de relações sociais que circunda um indivíduo, bem como as características destas ligações, compondo-se do conjunto de pessoas com quem alguém mantém contatos sociais (Bowling, 1997). As redes são as fontes donde emanam suportes sociais para seus integrantes.

Na visão psicológica defendida por Cobb (1976), as informações que permitem ao indivíduo processar sua concepção do suporte social estão organizadas em três classes de crenças: de que é amado e que existem pessoas preocupadas com ele; de que é apreciado e valorizado; e de que pertence a uma rede social. Ao apresentarem sua concepção acerca de relações sociais de suporte, Kaplan, Cassel e Gore (1977) definiram suporte social como o grau em que as necessidades sociais de uma pessoa são satisfeitas através de sua interação com outros. Na década de oitenta, Thoits (1982) acrescentou às crenças defendidas por Cobb (1976) a ajuda instrumental, sugerindo que suporte social poderia articular não só crenças sobre acessibilidade a recursos afetivos (ser amado, cuidado, apreciado e valorizado) e crenças sobre pertencimento a redes sociais, mas também crenças de que nestas redes estariam disponibilizados recursos tangíveis e práticos (instrumentais). Como pode ser observado, nem Cobb nem Thoits defenderam o suporte informacional como uma categoria específica de recurso disponibilizado pelas redes. A partir de então, as definições de suporte social no campo da psicologia passaram a ser orientadas pela tipologia de suporte disponibilizado pelas redes sociais, bem como pelas necessidades individuais satisfeitas por estas teias.

Segundo Bowling (1997), suporte social pode ser definido como um processo interativo no qual ajudas de ordem emocional, instrumental ou financeira são obtidas de redes sociais. Na visão de Rodriguez e Cohen (1998), existem diferentes tipos de apoio que alguém pode receber da rede social, sendo três os mais amplamente estudados: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional. Suporte emocional refere-se ao que as pessoas fazem ou dizem a alguém (dar conselhos, ouvir seus problemas, mostrar-se empático e confiável) e é percebido como expressão de carinho, cuidados e preocupação do outro. Suporte instrumental compreende as ajudas tangíveis ou práticas que outros (pessoas ou instituições) podem prover a alguém (cuidados com crianças, provisões de transporte, empréstimos de dinheiro ou ajudas com tarefas diárias). Suporte informacional inclui receber de outras pessoas noções indispensáveis para que o indivíduo possa guiar e orientar suas ações ao dar solução a um problema ou no momento de tomar uma decisão.

Na visão de Seeman (1998), suporte emocional e suporte instrumental são as duas maiores categorias de suporte social. Esse autor, discordando de outros (Bowling 1997; Rodriguez & Cohen, 1998), entende que suporte social de informação poderia ser incluído na dimensão suporte instrumental, apesar de ser classificado por outros autores como uma dimensão específica de suporte social.

Os recursos disponibilizados pela rede social e categorizados por Rodriguez e Cohen (1998) em três tipos poderiam constituir duas categorias de suporte, sendo uma de cunho eminentemente afetivo (suporte emocional), porque se origina de ações que demonstram afabilidade, afeição e carinho por parte

alguém a outrem durante relações sociais. Os outros dois tipos, o instrumental e o informacional, reúnem doações de caráter utilitário, objetivo e prático. Assim sendo, suporte emocional reuniria os apoios que levam o indivíduo a acreditar ser possível encontrar, entre as pessoas de sua rede social, alento para reagir e superar os possíveis transtornos no âmbito afetivo, ou para dividir e compartilhar as alegrias advindas de suas realizações, conquistas e sucessos pessoais. Suporte prático, por seu turno, representa segurança e tranqüilidade para o indivíduo ao acreditar que existam, entre os integrantes de sua rede social, pessoas com disposição para suprir alguma necessidade de ordem prática.

Um desafio que se seguiu ao reconhecimento, iniciado nos anos setenta do século XX, do importante papel de suporte social para a saúde foi o desenvolvimento de medidas para avaliá-lo. As dificuldades em encontrar resultados consensuais sobre os efeitos benéficos de suporte social advêm, segundo Krause, Liang e Yatomi (1989), das diferentes concepções do construto que sustentam suas medidas. Estes três autores classificaram as medidas de suporte social em três categorias: (a) as que avaliam o número de contatos sociais mantidos pelos indivíduos; (b) as que identificam os tipos específicos de suporte social que são oferecidos aos indivíduos e (c) as medidas que avaliam as necessidades de suporte social aferindo o grau de satisfação com o suporte social recebido. Enquanto as medidas que avaliam números de contatos sociais (Berkman & Syme, 1979; Donald & Ware, 1982; Hirsch, 1980; House & Kahn, 1985) estão estreitamente associadas às características estruturais de redes (tamanho, dispersão geográfica, densidade, integração) ou à freqüência e natureza dos contatos dentro das redes (reciprocidade, intimidade, participação social), o segundo grupo (Barrera, 1980; Sherbourne & Stewart, 1991) enfatiza algumas variações na tipologia de suporte social (emocional, instrumental, informacional, interações sociais positivas e socialização) e o terceiro grupo (Broadhead, Gehlbach, Gruy & Kaplan, 1988; Patrão, Maroco & Leal, 2006; Ribeiro, 1999; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983) focaliza o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte ofertado ou o grau de satisfação com alguns elementos integrantes de suas redes ao lhe ofertarem suporte. Segundo Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser (1996), os estudos iniciais sobre suporte social focalizaram-no como uma variável situacional e, posteriormente, o conceberam como uma variável individual. Nesta perspectiva, pode-se entender o porquê de serem as primeiras medidas de suporte social voltadas para a estrutura e funcionamento das redes, enquanto as mais recentes avaliam dimensões psicossociais tais como percepções de tipologias e satisfações com o suporte social.

Vários estudiosos (Bowling, 1997; McDowell & Newell, 1996; Payne & Graham-Jones, 1987; Rock, Green, Wise & Rock, 1984) já realizaram revisões das medidas de suporte social disponíveis na literatura. Conforme relato de McDowell e Newell (1996), a primeira escala que cobriu aspectos de suporte social foi a Berle Index, publicada em 1952. As conclusões destes autores revelam que existia, nos primórdios da pesquisa, uma preferência por medidas de um único item, uma variedade de concepções de suporte social sustentando a elaboração e operacionalização de medidas, sendo que, com algumas exceções, a maioria das medidas disponíveis na literatura carecia de dados sobre sua validade e precisão.

No Brasil já existem medidas que abarcam o conceito de suporte social, porém, são voltadas para o ambiente de trabalho em organizações. Tamayo, Pinheiro, Tróccoli e Paz (2000) desenvolveram e validaram, através de análises fatoriais, a Escala de Suporte Organizacional Percebido (ESOP), composta por seis fatores com alfas de Cronbach variando de 0,75 a 0,92, dois dos quais avaliam componentes de suporte social: suporte social no trabalho e suporte material. De acordo com Gomide Jr., Guimarães e Damásio (2004), suporte social no trabalho refere-se à crença global do empregado de que a organização empregadora oferece os três tipos de suporte social - emocional, instrumental (ou também chamado material) e informacional - necessários para a execução dos trabalhos. Estes autores construíram e validaram, aplicando análises fatoriais, a Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho, cujos três fatores teoricamente propostos mostraram-se consistentes e precisos, com alfas de Cronbach variando de 0,72 a 0,85.

Este estudo teve como objetivo construir e validar a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), não específica para o contexto de trabalho, mas voltada para as relações sociais amplas, visando a apresentar aos pesquisadores brasileiros uma medida fatorial válida e precisa.

MÉTODO

Construção da EPSS

A construção da EPSS foi realizada em duas etapas. A primeira consistiu na escolha e definição das dimensões que a comporiam, as quais seriam os traços

latentes a serem observados através de itens comportamentais (Byrne, 2001; Pasquali, 1997). Na seqüência, os itens da EPSS foram submetidos à análise teórica, com vista a identificar coerência entre as definições dos traços latentes (dimensões) e os comportamentos (itens) que os representariam empiricamente.

Elaboração dos itens

A versão inicial da EPSS foi sustentada por três dimensões teóricas que integram suporte social e apresentada por Rodriguez e Cohen (1998): suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional. As dimensões referidas seriam três traços latentes, os quais foram representados por 32 itens, constituindo-se, segundo Pasquali (1997), em "... tarefas, ações empíricas por meio das quais o traço latente se manifesta" (p. 95). Deve-se ressaltar, contudo, que as ações contidas nos 32 itens da EPSS não constituíam tarefas ou atos do respondente, mas sim, ações de outrem. Neste sentido, o respondente da EPSS seria um observador solicitado a relatar a freqüência com que percebia a disponibilidade de oferta de suporte emocional, instrumental e informacional de pessoas integrantes de sua rede social. Enquanto suporte emocional agregou 12 ações de outrem com conotação de recursos afetivos, suporte instrumental reuniu outras 10 ações que implicavam na doação de recursos materiais e suporte informacional agrupou 10 atos de aclaramentos disponibilizados pela rede social (Figura 1).

Dimensões de suporte social	Definição das dimensões	Número de itens
Suporte emocional	Percepção da possibilidade de doação de recursos afetivos pela rede social, que incluem compreensão, atenção e preocupação.	12
Suporte instrumental	Percepção da possibilidade de doação de recursos objetivos e tangíveis pela rede social, que incluem o empréstimo ou fornecimento de bens materiais.	10
Suporte informacional	Percepção da possibilidade de doação de recursos de aclaramento pela rede social, que incluem sugestões, orientações ou esclarecimentos.	10
	Total de itens	**32**

Figura 1. Dimensões de suporte social, suas definições e número de itens integrantes da versão inicial da EPSS.

Análise teórica dos itens

Um grupo de 10 doutores em psicologia, dos quais quatro eram professores de uma universidade federal situada em Minas Gerais e seis de uma particular do Estado de São Paulo, atuaram como juízes na fase de avaliação da correspondência entre definição das dimensões teóricas *versus* itens da EPSS. Para tanto, foi-lhes solicitado que, após lerem as definições das três dimensões e os 32 itens, estes apresentados de forma embaralhada, identificassem a qual das três dimensões de suporte social cada um dos itens correspondia. Após esta etapa, foram computados os índices de concordância (IC) entre os juízes, devendo-se reter apenas aqueles itens com IC superior ou igual a 0,80, o que corresponde à concordância entre oito dos dez juízes sobre a representação de um item acerca de um traço latente (Pasquali, 1997). Os resultados desta etapa informaram que sete itens tiveram IC inferiores a 0,80, três dos quais foram eliminados e quatro foram redigidos novamente. Ao finalizar essa etapa de análise, a EPSS ficou constituída por 29 itens, sendo 10 para representar suporte emocional, nove para conceber suporte instrumental e outros 10 para integrar suporte informacional.

Validação fatorial da EPSS

Participantes

A fase de validação fatorial da EPSS se constituiu de um estudo empírico do qual participaram voluntariamente 437 pessoas, com idade média de 23,93 (*DP*=7,36). Dessas pessoas, 83,7% eram mulheres e 16,5%, homens; em sua maioria (82,8%) eram solteiras e cursavam universidade (84,2%); e a parcela que trabalhava era de 43,5%, distribuída entre o setor privado (32,5%), setor público (5,5%) e terceiro setor (5,3%).

Instrumento

Os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário auto-aplicável constituído de duas páginas. A primeira continha instruções e a apresentação do pesquisador; na segunda página estavam as instruções da EPSS, os seus 29 itens e a escala de quatro pontos para as respostas (1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = sempre) com a qual os participantes informaram a freqüência com que percebiam a possibilidade de contar com o apoio de alguém. No final do questionário, seis questões levantaram dados demográficos da amostra, relativos ao sexo, idade, estado civil, grau de instrução, estudos e trabalho.

Procedimentos

A aplicação do instrumento deu-se em ambientes diversificados. Quando se tratava de estudantes, a distribuição e o recolhimento do questionário foram coletivos e ocorreram nos horários de aula, após a

autorização do professor e anuência dos alunos. A coleta de dados junto a pessoas não estudantes deu-se individualmente, em locais de trabalho ou em ambientes não especificados, visto que parte da amostra pôde responder ao questionário onde desejasse, após combinar prazo e forma de sua devolução. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, avaliado e aprovado junto com o projeto de pesquisa pelo comitê de ética e pesquisa de uma universidade, foi entregue a cada participante e restituído quando da devolução do questionário.

Análise dos dados

As análises estatísticas que permitiram avaliar a validade e precisão da EPSS foram realizadas através do SPSS para Windows, versão 14.0. Inicialmente, os dados foram submetidos à análise dos componentes principais, procurando-se descobrir o número de componentes significantes (autovalores maiores que 1,0) produzidos pelas 29 variáveis empíricas que compunham a forma-piloto da EPSS. A seguir, procedeu-se à análise fatorial exploratória, recorrendo-se ao método de extração dos eixos principais (PAF), quando foi solicitada a extração de três fatores, consoante a constituição teórica previamente imputada aos itens e rotação *oblimin,* visto que se tratava de três dimensões (traços latentes) supostamente intercorrelacionadas na composição do construto suporte social. Com base nos resultados produzidos pelos métodos de extração e rotação acima mencionados, foram tomadas decisões sobre a aplicação de outras análises que se mostraram adequadas em face das evidências empíricas obtidas, descritas na próxima seção.

RESULTADOS

Análises preliminares

Análises iniciais revelaram que os dados obtidos no presente estudo atendiam aos pressupostos para se proceder a análises fatoriais (Pasquali, 2005): a amostra com 437 participantes continha a razão de 15,07 pessoas por item (variável), o KMO foi elevado (0,953) e o Teste de Esferacidade de Bartlett´s foi significativo ($\chi^2 = 6467{,}225$; $gl = 406$; $p<0{,}01$).

A extração de componentes principais, realizada com o objetivo de explorar a estrutura dos dados, apontou a existência de cinco componentes com autovalores superiores a 1,0 e capacidade de explicar 59,64% da variância total. Dentre estes cinco fatores, apenas o primeiro e o segundo detinham autovalores superiores a 1,5 e juntos explicavam 47,33% da variância total.

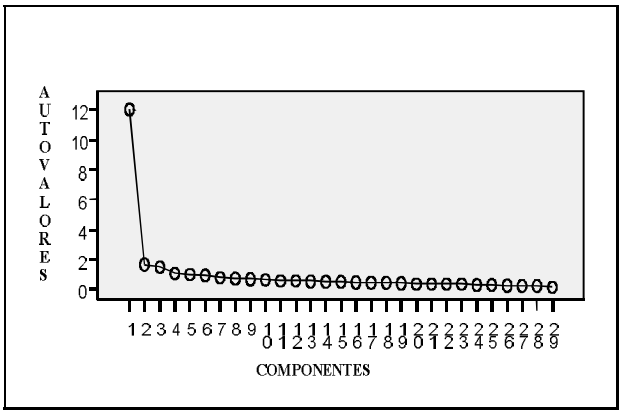


Figura 2. *Scree Plot* dos Autovalores da EPSS.

Uma inspeção no gráfico do *scree* (Figura 2) revelou que a partir do segundo componente a linha do gráfico começava a se tornar horizontal, indicando a possibilidade de que, a partir deste ponto, "... a quantia de variância única começava a dominar a estrutura da variância comum" (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005, p. 102), suscitando problemas na manutenção dos demais componentes a partir deste ponto na estrutura da EPSS. Conforme Hair et al., a variância comum representa a variância compartilhada por todas as variáveis submetidas à análise, a qual, no caso da EPSS, corresponde aos 29 itens. Destarte, tanto pelo critério de autovalor quanto pelo do gráfico dos autovalores, os 29 itens da EPSS pareciam estar organizados em dois, e não em três componentes, contrariando a estrutura teórica imputada à EPSS na fase de sua construção.

Análise fatorial

Para proceder ao exame da validade de construto da EPSS, foi realizada a análise fatorial através do método de extração dos eixos principais (*Principal Axis Factoring* - PAF) com rotação *oblimin.* Embora as análises preliminares sinalizassem a possível existência de dois, mas não de três fatores na estrutura dos dados, foi solicitada a extração de três fatores consoante a proposta de incluir três dimensões teóricas na estrutura da EPSS, estipulando-se como carga fatorial mínima 0,35 (positiva ou negativa), o que corresponde a uma variância comum entre item e fator da ordem de 12%, aproximadamente (Pasquali, 2005). Com base nestas análises, três itens não atingiram o critério de 0,35 de carga fatorial em nenhum dos fatores rotados. Os três fatores rotados ficaram assim constituídos: fator 1 agregou 13 itens tanto de suporte instrumental como de suporte informacional, e respondeu por 39,76% da variância comum, com alfa de Cronbach de 0,90; o fator 2, com 10 itens de suporte emocional, explicou 4,14% da variância

comum, com alfa de Cronbach de 0,92; o fator 3, com três itens de suporte instrumental, explicou 3,34% da variância comum, com alfa de Cronbach de 0,65. Os resultados destas análises parecem não confirmar a estrutura de três fatores para representar as dimensões teóricas definidas para a EPSS, visto que o fator 1 agrupou itens de suporte instrumental e informacional e o fator 3 apenas itens de suporte instrumental. Ademais, o índice de precisão do fator 3 (alfa de Cronbach igual a 0,65) estava abaixo de 0,70, valor mínimo para medidas psicológicas serem consideradas precisas (Pasquali, 1997).

Diante das evidências providas pelas análises descritas, foi solicitada uma nova extração dos eixos principais (PAF) com rotação *oblimin*, extração de dois fatores com carga fatorial mínima 0,35 (positiva ou negativa) sobre os 29 itens da versão inicial da EPSS.

Tabela 1. *Cargas Fatoriais (Matriz Pattern), Comunalidades (H^2), Autovalores e Percentuais de Variância para os 29 itens da EPSS.*

Itens	Suporte prático	Suporte emocional	h^2
Dá sugestões sobre viagens que quero fazer	0,78		0,425
Empresta-me algo de que preciso.	0,68		0,466
Dá sugestões sobre oportunidades de emprego para mim.	0,64		0,411
Dá sugestões sobre profissionais para ajudar-me.	0,63		0,439
Dá sugestões sobre algo que quero comprar.	0,63		0,314
Ajuda-me na execução de tarefas.	0,58		0,479
Empresta-me dinheiro.	0,58		0,401
Dá sugestões sobre meu futuro.	0,58		0,468
Orienta minhas decisões.	0,53		0,510
Sugere fontes para eu me atualizar.	0,53		0,320
Substitui-me em tarefas que não posso realizar no momento.	0,53		0,330
Dá sugestões sobre lugares para eu me divertir.	0,53		0,302
Toma conta de minha casa em minha ausência.	0,52		0,254
Fornece-me alimentação quando preciso.	0,50		0,285
Leva-me a algum lugar aonde eu preciso ir.	0,46		0,365
Ajuda-me com minha medicação se estou doente.	0,46		0,215
Esclarece minhas dúvidas.	0,44		0,420
Ajuda-me a resolver um problema prático	0,44		0,388
Dá sugestões sobre cuidados com a minha saúde.	0,38		0,329
Consola-me se estou triste.		-0,83	0,615
Dá atenção às minhas crises emocionais.		-0,81	0,618
Ouve com atenção meus problemas pessoais.		-0,80	0,675
Compreende minhas dificuldades.		-0,76	0,535
Está ao meu lado em qualquer situação.		-0,70	0,563
Comemora comigo minhas alegrias e realizações.		-0,67	0,470
Faz-me sentir valorizado como pessoa		-0,62	0,587
Preocupa-se comigo.		-0,62	0,545
Conversa comigo sobre meus relacionamentos afetivos.		-0,54	0,399
Demonstra carinho por mim		-0,52	0,540
Percentual de variância explicada	39,66	4,02	
Autovalores	11,50	1,17	
Número de itens	19	10	
Alfa de Cronbach	0,91	0,92	

Os resultados (Tabela 1) informaram que o fator 1 (suporte prático) explicava 39,66% da variância comum, autovalor de 11,50, e continha 19 itens referentes a apoios de natureza instrumental e informacional com cargas fatoriais variando de 0,38 a 0,78 e alfa de Cronbach de 0,91. Considerando-se que o fator 1 reuniu itens tanto de suporte instrumental quanto de suporte informacional, ele foi denominado de suporte prático. O fator 2 explicava 4,02% da variância comum, autovalor de 1,17, constituído por 10 frases

referentes a ajudas de ordem afetiva, com cargas fatoriais entre –0,55 a –0,83 e alfa de Cronbach de 0,92. Dada a natureza estritamente afetiva dos apoios contidos nos itens do fator 2, ele foi denominado de suporte emocional. Esta solução de dois fatores revelou que os 29 itens da EPSS detinham cargas fatoriais superiores a 0,35 (positiva ou negativa) em um dos dois fatores rotados, tendo os dois fatores apresentado correlação elevada (r= –0,75).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo merecem ser discutidos sob duas perspectivas: sob o enfoque teórico e à luz dos pressupostos da psicometria. No que tange à teoria, tem sido sustentada por alguns autores (Bowling, 1997; Rodriguez & Cohen, 1998) a existência de diversos tipos de suporte social, sendo os suportes emocional, instrumental e informacional os três mais estudados. Partidários desta visão consideram que os gestos solidários de suporte social poderiam ser categorizados a partir da natureza do recurso oferecido pelas redes sociais a quem deles necessita. De fato, a proposta de agrupar os gestos solidários de apoio social em categorias facilitou a compreensão psicológica do fenômeno e permitiu elaborar medidas para aferi-lo, enfatizando-se uma abordagem psicossocial do mesmo fenômeno, em detrimento da visão situacional que dominou os primórdios da pesquisa sobre suporte social, quando características das redes sociais eram utilizadas para avaliar suporte social.

No que se refere aos pressupostos psicométricos, vale ressaltar que, dentre os diversos instrumentos que se destinam a medir suporte social, apenas alguns aferem os tipos de suporte, e quando o fazem, raros são os que foram validados com base em análises fatoriais. Assim, a dimensionalidade do construto suporte social não passa pelo escrutínio de análises multivariadas para dar sustentação à suposição de que recursos diversificados se organizam em agrupamentos como, por exemplo, emocional, instrumental e informacional. Uma rara exceção é o caso da Escala de Percepção de Suporte Social no Trabalho - EPSST de Gomide Jr. et al. (2004), que contém três fatores consistentes e precisos para aferir a tipologia de suporte social apregoada por Rodriguez e Cohen (1998). Deve-se notar, contudo, que a EPSST foi construída e validada para um ambiente específico, o do trabalho, contexto social em que se torna mais fácil identificar diferenças entre recursos instrumentais e informacionais. Por outro lado, no ambiente social generalizado em que se articulam as relações sociais, talvez não esteja claramente delimitado quais recursos disponibilizados pela rede social se caracterizam como instrumental e quais se denominam informacionais. Neste ambiente, parecem ser claramente percebidos e demarcados os apoios de cunho emocional, enquanto os demais tendem a ser compreendidos como uma categoria ampla de ajudas práticas, não delimitadas nem definidas. Portanto, a proposição de três dimensões de suporte social, defendida por Rodriguez e Cohen (1998), parece difícil de ser comprovada empiricamente através de análises fatoriais, quando se busca construir medidas para o contexto de interações sociais genéricas, quais sejam, aquelas interações sociais que não se restringem a um ambiente específico.

Os resultados das análises fatoriais deste estudo parecem reafirmar as suposições tanto de Cobb (1976) quanto a de Thoits (1982) e de Seeman (1998) sobre a possibilidade de que suporte social abarque duas, mas não três categorias de recursos disponibilizados pela rede social. Estes autores sugeriram que suporte social seria constituído por três categorias de crenças: duas acerca de categoriais de apoios sociais (a emocional e a instrumental), sendo a terceira crença postulada pelos autores referente ao pertencimento a redes sociais.

Entende-se que a EPSS se constitui em uma medida válida e precisa. Os seus 29 itens possuem cargas fatoriais importantes (maiores que 0,35, positivas ou negativas) em apenas um fator, e os itens formaram dois fatores altamente precisos (alfas superiores a 0,90) e teoricamente consistentes, considerando-se que o primeiro fator possibilita avaliar suporte prático e o segundo fator permite mensurar suporte emocional, sendo estas duas dimensões as defendidas por pesquisadores de suporte social (Cobb; 1976; Seeman, 1982; Thoits, 1982).

REFERÊNCIAS

Antonucci, T. C. & Akiyama, H. (1994). Convoys of attachment and social relations in children, adolescents and adults. In F. Hurrelman & F. Nestmann (Eds.), *Social networks and social support in childhood and adolescence* (pp. 37-52). Berlim: Aldine Gruyter.

Barrera, M. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections, 3*, 8-18.

Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in the health promotion. *Psychosomatic Medicine, 57*(3), 245-254.

Berkman, L. F. & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance and mortality: A nine year follows up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology, 109*(2), 186-204.

Berkman, L. F., Michael, Y., Colditz, G. A. & Kawachi, I. (2001). Living arrangements, social integration and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology, 109*(109), 186-204.

Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University.

Brissette, I., Cohen, S. & Seeman, T. E. (2000). Measuring social integration and social networks. In S. Cohen, L. Underwood & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 65-87). New York: Oxford University.

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Gruy, F. V. & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care, 26*, 722-723.

Byrne, B.M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications and programming*. Mahwah: Erlbaum.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.

Cohen, S. (1988). Psychological models of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.

Cohen, S. (2004). Social relations and health. *American Psychologist, 59*, 676-684.

Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S. & Faerstein, E. (2001). Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública, 17*(4), 887-896. Recuperado em 25 de abril de 2006, de http://www.scielo.br.

Donald, C. A. & Ware, J. E. (1982). *The quantification of social contacts and resources*. Santa Mônica: Rand Corporation.

Gomide Jr, S., Guimarães, L. C. & Damásio, L. F. Q. (2004, setembro). Construção e validação de um instrumento de medida de percepção de suporte social no trabalho. Em *II Seminário GIBEST*, do Grupo de Interinstitucional de Pesquisa sobre Bem-estar, Suporte Social e Trabalho. Uberlândia, Brasil.

Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados* (5th ed.). Porto Alegre: Bookman.

Hirsch, B. J. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal of Community Psychology, 8*, 159-172.

House, J. S. & Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-97). Orlando: Academic.

Kaplan, B., Cassel, J. & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15*, 47-58.

Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly, 61*, 121-140.

Krause, N., Liang, J. & Yatomi, N. (1989). Satisfaction with social support and depressive symptoms: A panel analysis. *Psychology and Aging, 4*, 88-97.

McDowell, I. & Newell, C. (1996). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* (2nd ed.). New York: Oxford University.

Mitchell, J. C. (1969). The concept and use of social network. In J. C. Mitchell (Ed.), *Social networks in urban situations: Analysis of personal relationships in central African towns* (pp. 29-42). Manchester: University.

Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Universidade de Brasília.

Pasquali, L. (2005). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM.

Patrão, I., Maroco, J. & Leal, I. (2006). Validação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) numa amostra portuguesa de mulheres com cancro de mama. Em L. Leal, J. L. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Orgs.), *6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas* (pp. 353-358). Faro: ISPA.

Payne, R. L. & Graham-Jones, J. (1987). Measurement and methodological issues in social support. In S. V. Kasl & C. L. Cooper (Eds.), *Stress and health: Issues in research methodology* (pp. 104-127). Chichester: John Wiley.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*, 547-558.

Rock, D., Green, K., Wise, B. & Rock, R. (1984). Social support and social network scales: A psychometric review. *Research Nurse Health* , *7*, 325-332.

Rodriguez, M. S. & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health, 3*, 535-544.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 127-139.

Seeman, T. E. (1998). *Social support and social conflict*. Retrieved in October 23rd, 2003, from http://www.macses.ucsf.edu/Research/Psychosocial/notebook/socsupp.html.

Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine, 32*, 705-714.

Tamayo, M. R., Pinheiro, F., Tróccoli, B. & Paz, M. G. T. (2000, julho). Construção e validação da escala de suporte organizacional percebido (ESOP). Em *52ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, Brasília, DF.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 145-159.

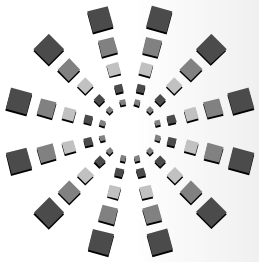
Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*, 488-531.

Walker, K., Macbride, A. & Vachon, M. L. S. (1977). Social support, networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine, 11*, 34-41.

Recebido em 06/09/2006
Aceito em 18/01/2007

Endereço para correspondência: Mirlene Maria Matias Siqueira. Rua Myriam Dora Rossi, 100, ap. 84, Chácara Inglesa, CEP: 09726-100, São Bernardo do Campo-SP. *E-mail*: mirlenesiqueira@uol.com.br

Copyright © 2007 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins



Annika Lindahl Norberg, PhD
Krister K. Boman, PhD

Parents' Perceptions of Support When a Child Has Cancer

A Longitudinal Perspective

KEY WORDS
Depression
Parents
Pediatric cancer
Perceived social support

Previous research has shown perceived social support to be important for maintaining psychological well-being. However, severe stress may influence a person's perception of the availability and value of support from others. In this prospective study, we investigated changes in subjectively perceived social support among parents of children with cancer. Furthermore, we examined the role of parent gender and emotional distress (anxiety and depression) in predicting change in perceived support. Fifty-one parents (29 mothers and 22 fathers) participated. Perceived support, anxiety, and depression were assessed with self-report questionnaires. Parents were examined on 2 occasions. The initial assessment was completed within the first 6 months of the child's cancer treatment. At the time of the follow-up assessment 12 to 24 months later, cancer treatment was completed for all patients. On a group level, parents reported significantly poorer perceived support at the second assessment. However, further examination showed that for one fourth of the group, perceived support was improved. Depressive symptoms during the child's treatment predicted decline in perceived support. Anxiety and gender were not predictive of a change in perceived support. A comprehensive pediatric care model should pay particular attention to parents with a tottering perception of social support. Furthermore, the findings underscore the importance of early psychosocial attention to avoid negative long-term consequences of depression. Being in the frontline of patient care, the pediatric oncology nurse plays an important role in identifying early parents at risk and in shaping parents' perception of support.

From the Department of Woman and Child Health, Childhood Cancer Research Unit, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

This study was supported by The Children's Cancer Foundation of Sweden (grant numbers PROJ02/066 and RKT05/006), and Cancer- och Trafikskadades Riksförbund (grants number C 20002, C 29476 and C 29477).

Corresponding author: Annika Lindahl Norberg, PhD, Department of Woman and Child Health, Childhood Cancer Research Unit, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden (e-mail: annika.lindahl@ki.se).

Accepted for publication October 12, 2006.

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

The psychological and existential challenge of parenting a child who has cancer influences the lives of mothers and fathers for years, even after the end of treatment.[1–3] Among the resources and individual resilience factors, the availability of social support seems to be essential to the maintenance of psychological and physical well-being among parents of children with cancer.[4–8] Generally, in the face of severe stress, social support is supposed to work beneficially in several ways: by affecting the use of various coping strategies,[9,10] improving self-efficacy,[11] and influencing the appraisal of the stressor.[9]

In a general theoretical model, as suggested by, for example, Hobfoll and Vaux,[12] 3 aspects of the social support construct can be distinguished: network resources, behaviors, and subjective appraisal of support. Network resources refer to the people available for supportive interaction (number of persons). The behavioral aspect refers to seeking support and accepting offered support. The subjective view, a belief that others are willing to provide assistance, if needed, is usually signified by the term *perceived social support*.[13] This aspect of support can be described as part of a person's existential perspective. On examination, the frequency of social behaviors and the number of people available for social interaction may predict psychological well-being. However, subjectively perceived support seems to be the factor most strongly associated with well-being in various contexts.[8,12,14]

Researchers have assumed a permanence in the experience of perceived support because it has been conceptualized as a relatively stable schema.[13] Nonetheless, the experience of severely stressful events may have a deteriorating effect on perceived support, as has been described by Norris and Kaniasty,[14] when studying the effects of exposure to natural disaster. This deterioration seems to be relatively lasting, but receiving sufficient support has been supposed to have a protecting effect on perceived support.[14] Indeed, there seems to be an initial mobilization of the support network at the time of a traumatic and/or psychologically threatening event. However, in the case of long-lasting stress, the *available* support recedes as time passes because chronic stressors seem to influence the social support network in a negative way.[15,16] This initial mobilization and subsequent decline of supportive interactions have also been seen among parents of children with cancer.[17] At the same time, in some individuals, a severely stressful event may, in the long run, lead to growth and positive change and a higher satisfaction with social support.[18] Thus, perceived support may deteriorate or improve in the aftermath of severe stress.

The association between stressful events, psychological distress, and social support is complex, and the patterns of influence may be reciprocal. As indicated above,[4–6,8] support may buffer against emotional distress. Also, depressive symptoms, especially when combined with low anxiety, generate a tendency to seek isolation.[19,20] Furthermore, even if support is offered, the cognitions associated with depression include a tendency not to perceive support as available.[21,22]

Through our clinical contacts with parents, we got the impression that some of them had developed a stronger faith in life while others had grown more disillusioned after the experience of a cancer illness in their child. In a recent preliminary study, no difference was found in the mean scores of perceived support between parents of children with cancer and reference parents of healthy children.[23] However, the *variation* of the scores was significantly larger in the study group than in the reference group. Consequently, parents of children with cancer more often reported good and poor perceived support at the extreme points of the assessment scale. Together, these clinical observations and the previous research regarding other severely stressful events indicated the possibility that parents' experience of childhood cancer initiates either one of two trajectories with regard to perceived support: a change to the better, stronger, and more positive or a change to the worse. This subject matter is important because resource loss and gain seem to be critical mechanisms in the entire stress process.[24] Nonetheless, the ability of cancer in a child to influence perceived support among parents has, to our knowledge, not yet been studied.

Study Aim

We wanted to examine whether perceived support is influenced also in the context of parenting a child with cancer. Thus, the aim of the present study was to prospectively investigate perceived social support among parents of children with cancer. Two research questions were posed: (1) Is parents' perceived support altered during the period from the beginning of the child's treatment to after completion of treatment? and (2) Is it possible to predict the direction of any change in perceived support by considering initial depression or anxiety or parental gender?

■ Methods

Design

Longitudinal data were analyzed in the study: each parent had completed questionnaires on 2 occasions. All parents had children in the first 6 months of curative cancer treatment on the first occasion (T1) and with completed successful treatment on the second occasion of assessment (T2), 12–24 months later. This time frame was chosen to be sufficient for detecting any change in the variable under study. Data collection was carried out between February 1999 and January 2005. The study was approved by the local ethics committee.

Participants

The study sample was composed of 51 parents (29 mothers and 22 fathers) of children diagnosed with malignant disease, recruited at Astrid Lindgren Children's Hospital, Stockholm, Sweden.

The data for this study were collected as part of the entirety of records of a larger study investigating the

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

psychosocial situation of parents of children with cancer (see Boman et al[3] and Lindahl Norberg et al[8,25,26]). The parents included in this larger study had an ongoing contact either with the inpatient unit or the outpatient follow-up clinic. Part of the parent group had recently been told of the child's diagnosis and were consecutively invited at their initial contact with the unit. Another part was recruited among parents whose children were in a later treatment stage or in off-treatment follow-up. These parents were selected by inviting all parents visiting the follow-up clinic during 2 randomly selected months. Two exclusion criteria were applied: insufficient knowledge of the Swedish language to comprehend the questionnaires (parents who required an interpreter when communicating with the medical staff) and that the child had a known fatal malignancy (parents of children for whom curative treatment was discontinued). A follow-up design was applied for this larger study, including parents for whom various time periods had elapsed since the child's diagnosis for an initial assessment (T1) and a follow-up assessment (T2) approximately 12 to 24 months later. Three hundred forty-nine parents of children in or off cancer treatment were initially invited, among which the overall response rate at the first assessment was 77%. Of those who were eligible for a second assessment (child not in palliative treatment or deceased and family still living in the catchment area), the response rate at T2 was 82%.

A subgroup was selected from this entire group of parents in the larger study to form the present study group: parents for whom the T1 assessment was done within the first 6 months of the child's cancer treatment; and T2, after completed treatment. These selection criteria were applied to make the sample homogenous regarding time elapsed since the child's diagnosis. Of the 52 parents fulfilling these criteria, 1 respondent who had left more than 25% of the items of the perceived-support scale unanswered was excluded from the analyses. The remaining 51 parents thus constituted those for whom data were analyzed and are presented in this study.

At T1, the time elapsed since the child's diagnosis ranged from 1 to 6 months in the group. The time elapsed between T1 and follow-up assessment at T2 was 12 to 24 months. Ten were parents of children with leukemia, whereas the corresponding numbers were for lymphoma were 7; central nervous system tumor, 4; neuroblastoma, 6; Wilms tumor, 6; bone tumor, 9; soft-tissue sarcoma, 5; and germ-cell neoplasm, 4 parents.

Data Collection

The data analyzed in this study were a subsample of the entirety of records of a larger study. Parents were invited to participate in this larger study by one of the authors or by a research nurse, either personally, while parents were visiting the hospital, or by telephone or mail. Along with the questionnaires, written information about the project was also provided to the parents. They were instructed to complete the questionnaires independently of each other. After completing the questionnaires at home, parents returned them by mail in a prepaid return envelope.

Assessment Instruments

PERCEIVED SUPPORT

Parents' perceptions of social support were assessed using a self-report scale designed by Van Dongen-Melman and her colleagues as part of an extensive questionnaire for assessing the psychosocial situation of parents of children with cancer.[27,28] The scale contains 8 items, 5 of which concern general social relationships and 3 that are context related concerning the child's disease (Table 1). Respondents rate the items on a 4-point Likert scale: "I strongly agree," "I agree," "I disagree," or "I strongly disagree." The individual is assigned a measure of perceived social support by dividing the total individual score by the number of nonmissing items, thus obtaining a mean value within the range 1 to 4. A higher value reflects more satisfaction with support. Cronbach α value for the scale was .84 in the Dutch study[28] and .85 and .89 at T1 and T2, respectively, in this study, indicating satisfactory reliability. Evaluation of the validity of the scale has not been done.

Originally, the scale was assigned inverse scores because the scale was intended to capture feelings of *loneliness*, although several items address issues directly relating to the experience of support from others. However, the concept of loneliness is proposed to include both feelings that one's social needs have gone unmet and lack of confidence in the availability of others to meet these needs in the future.[29] Furthermore, according to Pierce et al,[29] general perceptions of support availability are more strongly associated with loneliness than are relationship-specific perceptions of available support. Moreover, the concept of *perceived social support* is not specific to a particular relationship or type of support (emotional support, advice, or tangible aid).[13] Consequently, the scale used here arguably covers the concept even better than instruments relating to particular individuals within the social environment of the subject.

ANXIETY AND DEPRESSION

Anxiety and depression were assessed with self-report questionnaires. A 17-item version of the state anxiety scale from Spielberger's State-Trait Anxiety Scale was used as a measure of anxiety. Depressive symptoms were assessed by a 10-item scale derived from the Zung Self-Rating Depression Scale. The remaining items of the scales kept their original wording. The scales were abridged as part of the construction of an extensive multidimensional assessment tool for use with parents of children with cancer, done by Van Dongen-Melman and colleagues.[27,28] The response format of both scales complies with a 4-alternative Likert scale, and the individual mean scores constitute the outcome measure. Higher scores reflect higher levels of anxiety or depression. Cronbach α values for the anxiety and depression scales were .95 and .87, respectively, in the Dutch study[28] and .94 and

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Table 1 • The Separate Questions of the Perceived-Support Scale: Cross Tabulations of Dichotomized Responses

Items	Poor Support, No Change* % (n)	Poor Support, Change to the Better† % (n)	Good Support, Change to the Worse‡ % (n)	Good Support, No Change§ % (n)
1. It is hard to find real friends.‖	18 (9)	6 (3)	20 (10)	56 (28)
2. When you really need someone, there is no one there.	0	0	10 (5)	90 (46)
3. Because of the disease of my child, we as a family have become left on our own.	2 (1)	0	10 (5)	88 (45)
4. Sometimes I feel very lonely.	27 (14)	10 (5)	16 (8)	47 (24)
5. Sometimes I feel that one is alone in the world after all.¶	14 (7)	12 (6)	14 (7)	61 (31)
6. Because nobody understands, it is better to keep your worries about your child to yourself.	2 (1)	2 (1)	14 (7)	82 (42)
7. People just do not understand that there are still a number of worries left after treatment has ended.‖	27 (13)	14 (7)	20 (10)	39 (19)
8. Sometimes it is very difficult to make long-lasting contacts.¶	18 (9)	16 (8)	20 (10)	45 (22)

*Response at both T1 and T2 "I strongly agree" or "I agree."
†Response at T1, "I strongly agree" or "I agree"; and T2, "I disagree" or "I strongly disagree."
‡Response at T1, "I disagree" or "I strongly disagree"; and T2, "I strongly agree" or "I agree."
§Response at T1, "I disagree" or "I strongly disagree"; and T2, "I disagree" or "I strongly disagree."
‖Because this item was not responded to by all parents, the number of parents is less than 51.
¶Because of rounding effect, the percentage sum differs from 100%.

.81, respectively, in this study. Validity and reliability data of the shortened anxiety and depression scales are not available so far.

Data Management and Statistical Analyses

The study group included parents with a maximum of 25% of the perceived-support, anxiety, and depression scales unanswered. In the perceived-support scale, such missing values at T1 were as follows: 1 parent had left item 7 unanswered, 1 had left item 8, and 1 had left items 7 and 8 (items presented in Table 1). At T2, 1 parent had left item 1 unanswered. Imputations for these missing values were done regarding analyses including the entire scale scores for perceived support, anxiety, and depression. These imputations were done by replacing missing values with the individual mean score of the scale. On the other hand, in the analyses of single questions of the perceived-support scale, the use of imputation was not applicable. Consequently, these analyses included only respondents who had answered the item in question. The strategy for handling missing data (exclusion of parents with >25 missing subscale items, and the imputation strategy) followed the lines of common practice.

To avoid the potential bias of dependent observations caused by data emanating from mothers and fathers of the same family, the analysis of possible gender differences included only the 20 pairs and treated them as linked subjects. The SPSS 11.0 software was used for statistical analyses.

CHANGE IN PERCEIVED SUPPORT

The relation between perceived support at the 2 points in time was examined in 3 steps:

1. Paired-samples *t* test was used to examine any linear change in perceived support, by comparing the individual means for perceived support at T1 and at T2.
2. An individual measure of change in perceived support was computed by subtracting the value of support at T1 from that at T2. This value is referred to as *support-difference*. A negative value indicates deterioration of perceived support, whereas a positive value implies improvement.
3. Based on the support-difference value, 3 groups were formed: change to the better (a higher score at T2), no change, and change to the worse (a lower score at T2). In the no-change group, a deviation of 1 step on the Likert scale in 1 item was allowed. The label *support-change groups* was used for this categorization.

PREDICTORS OF CHANGE IN PERCEIVED SUPPORT

Anxiety and depression. The predictive power of emotional distress was investigated in 2 different ways. For the continuous support-difference outcome variable, regression analysis was used, whereas the 3 support-change groups were examined using Kruskal-Wallis test because of small subgroup sizes.

Gender. To avoid the potential bias of dependent observations caused by data emanating from mothers and fathers of the same family, a test for related samples was used

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

for analyzing the impact of parental gender on support-difference and the support-change groups. These analyses included mothers and fathers from the 20 couples where both parents had participated in the study and were done using Wilcoxon signed rank test.

SINGLE QUESTIONS OF THE PERCEIVED-SUPPORT SCALE

In addition, we wanted to analyze any change in the various aspects of support represented by the single questions of the perceived-support scale. Such explorative examination was done after dichotomizing item responses. Thus, a response of "I strongly agree" or "I agree" reflected poor support, whereas "I disagree" or "I strongly disagree" indicated good support. A cross-tabulation of the dichotomized answers at T1 and T2 yielded 4 "profiles" regarding each question, as follows:

Poor support, no change: responses indicating poor support at both T1 and T2.
Poor support, change to the better: response indicating poor support at T1 and good support at T2.
Good support, change to the worse: response indicating good support at T1 and poor support at T2.
Good support, no change: responses indicating good support at both T1 and T2.

■ Results

Scores of perceived support at T1 and T2 and of anxiety and depression (both only at T1) are presented in Table 2. Minimum and maximum values for perceived support were 1.63 and 4.00, respectively, at T1 and 1.50 and 4.00, respectively, at T2. The minimum and maximum values for anxiety were 1.71 and 3.82, respectively, and for depression, 1.00 and 3.00, respectively. The skewness values indicate that all 4 measures were normally distributed: perceived support at T1, −0.47; perceived support at T2, −0.45; anxiety, −0.42; and depression, −0.71.

Change in Perceived Support

The group mean for perceived support at follow-up (T2) was significantly lower than the mean for perceived support at the initial assessment (T1), as indicated by the paired-samples *t* test (t = 3.03; 95% confidence interval = 0.075–0.368; n = 51; P = .004). Specifically, on a group level, parents reported poorer perceived support at the second assessment.

Table 2 • Scores of Perceived Support and Emotional Distress in the Study Group

	T1 mean (SD)	T2 mean (SD)
Perceived social support (n = 51)	3.21 (0.51)	2.99 (0.64)
Anxiety (n = 50)	2.80 (0.57)	—
Depression (n = 51)	2.27 (0.49)	—

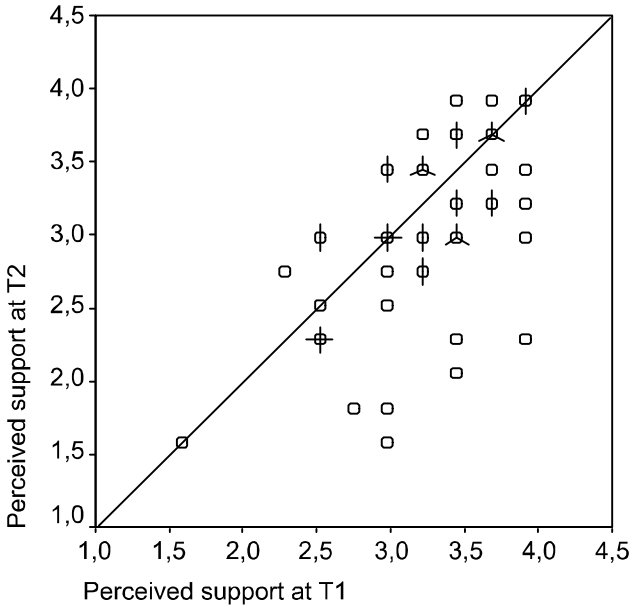


Figure 1 ■ Plot illustrating the association between individual scores of perceived support at first assessment (T1) and follow-up (T2). Each marker represents 1 parent. The symbol | (vertical line) placed over a marker indicates 2 cases, (3-arm star) placed over a marker indicates 3 cases, and + (plus/4-arm star) placed over a marker indicates 4 cases sharing the same position.

Support-difference (the individual difference in perceived support between T1 and T2) ranged from −1.75 to 0.50, with a negative value denoting a change toward a poorer perceived support. A graphic representation of support-difference, which may further elucidate this outcome, is presented in Figure 1. The figure shows the distribution of markers (representing individuals) indicating the variation in the relationship between support reported at T1 and at T2. Parents reporting equal levels of support at T1 and T2 are grouped along the diagonal (line) from the lower left to the upper right corner. In cases where parents reported a better perceived support at T2 compared with T1, a marker is shown above the diagonal, whereas parents who reported a poorer perceived support at T2 compared with T1 are represented by markers below the diagonal.

Subsequently, the 3 support-change groups were examined. The groups included change to the better (a higher score at T2), no change, and change to the worse (a lower score at T2). Examination of the support-change groups revealed that a better support at T2 was reported by 25% (n = 13) of the parents. For 27% of the parents (n = 14), support was perceived equally at T1 and T2, whereas 47% (n = 24) stated a perception of poorer support at T2. That is, almost twice as many parents reported a decline in perceived support compared with those whose perceived that support improved. However, chi-square tests demonstrated that the difference in size between the groups reporting improvement and deterioration, respectively, did not reach statistical significance (χ^2 = 3.27; P = .071).

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Predictors of Change in Perceived Support

EMOTIONAL DISTRESS

Depressive symptoms were found to be associated with support-difference: more depressive symptoms at T1 predicted a greater decrease in perceived support over time (n = 51; F = 4.93; P = .031). In contrast, level of anxiety at T1 could not predict magnitude of support-difference (n = 51; F = 1.26; P = .267).

The 3 support-change groups did not differ regarding level of emotional distress at T1 (anxiety χ^2 = 0.28, P = .867; depression χ^2 = 2.81, P = .246). Nevertheless, a pattern could be distinguished, as anxiety and depression at T1 were lowest in the group reporting improved perceived support (mean level of depression = 2.17; anxiety = 2.70), intermediate in the group reporting no change (depression = 2.20; anxiety = 2.81), and highest in the group showing a change to poorer perceived support (depression = 2.36; anxiety = 2.84).

PARENTAL GENDER

According to the pairwise analyses of the 20 complete couples in the study group, gender influenced neither the distribution in the 3 support-change groups (P = .763) nor the support-difference value (P = .952).

In the entire group, 9 (31%) mothers were assigned to the better-support group, 8 (28%) to the no-change group, and 12 (41%) to the poorer-support group. The corresponding values for fathers were the following: 4 (18%) experienced better support, 6 (27%) experienced no change, and 12 (55%) experienced poorer support. Mean value of support-difference was −0.21 for mothers and −0.24 for fathers.

Single Items of the Perceived-Support Scale

The analyses of the separate questions of the scale (responses dichotomized) indicated that a majority of the parents perceived good support at T1 and T2 regarding most items (Table 1).

Moreover, these analyses confirmed that decline in perceived support seems to be more common than improvement. According to chi-square tests, this finding was statistically significant for question 2, indicating an increased feeling over time of one's extraordinary needs being socially unmet (χ^2 = 5.00, P = .025); question 3, indicating an increased feeling of isolation of the family because of the child's cancer (χ^2 = 5.00, P = .025); and question 6, indicating increased experience of social disappointment because others do not understand your situation (χ^2 = 4.50, P = .034). For question 1, a tendency in the same direction was found, pointing to an increased feeling of difficulty to find real friends (P = .052). Regarding the remaining questions, no change was indicated: question 4 (''Sometimes I feel very lonely''), χ^2 = 0.69, P = .405; question 5 (''Sometimes I feel that one is alone in the world after all''), χ^2 = 0.08, P = .782; question 7 (''People just do not understand that there are still a number of worries left after treatment has ended''), χ^2 = 0.53, P = .467; and question 8 (''Sometimes it is very difficult to make long-lasting contacts''), χ^2 = 0.22, P = .637. A look at Table 1 indicates an explanation of the absence of a statistically significant change in perceived social support signaled by these latter items: feelings of loneliness and feelings that others do not fully understand the conditions caused by the child's cancer seem to have been common already during the treatment.

■ Discussion

In this study, we longitudinally investigated subjectively perceived social support among parents of children with cancer. Parents were initially examined within the first half year of the child's cancer treatment, and a follow-up assessment was done 1 to 2 years later. Cancer treatment was completed at follow-up. Results indicate that some change in perceived support had occurred in a majority of the parents, and this change was most often a decline. One fourth of the parents reported increased satisfaction regarding perceived support. At the same time, almost half of the group reported a *poorer* perceived support at follow-up. Furthermore, a deterioration of perceived support seemed often to follow after initial emotional distress and especially after depression.

It can be argued that although the individual perception of support is suggested to be rather stable, some normal fluctuations may occur over time. If that were the case, it would be incorrect to assume that modest individual changes in 2 opposite directions should indicate true change. However, the broader distribution of perceived-support scores at T2 indicates that at the second time of assessment, parents indeed more often report good and poor perceived support. This can also be compared with the preliminary findings of a larger variation of scores among parents of children who had survived cancer than among reference parents of children who never had cancer.[23] Together, these findings endorse the assumption that the childhood cancer experience may initiate a change in parental perceived support along either of 2 trajectories (one involving growth of faith in support and the other involving a decrease).

Perception of support availability can be supposed to represent a part of a person's existential outlook and general cognitive belief systems. Earlier research on the issue is sparse, but clinical experience suggests that a change of existential outlook and faith in life may take place when parents have experiences of cancer in a child. The cancer experience may entail personal growth and positive change. Parents often say that they have come to appreciate the small things in life.[30] Several spontaneous comments of parents in our studies also reveal such general experiences of personal growth, for example, ''I can never be 'my old self'! I grow and change 'thanks to' the disease'' and ''I want to remain this 'wise' me, which I have become from this experience.'' However, although many parents confirm positive growth and a greater appreciation of life, this is certainly not true for all. This is exemplified by one parent explaining, ''Sometimes I think

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

that I still live in a state of shock!…I feel now that life is so unfair." Chesler and Parry[31] refer to a father, saying, even more bitterly, "This business about 'coming out of it stronger' is a bit of rubbish." Similarly, parents' perceptions of loneliness and social support seem to be affected. One father in our study said, "The contact with relatives and friends has become better." On the other hand, Grootenhuis and Last[32] performed a single-assessment cross-sectional study and noted higher levels of loneliness among mothers more temporally distant from their child's diagnosis. The authors propose that mothers of children with cancer have the feeling that other people do not understand what they have gone through. This assumption is reinforced by parents' spontaneous comments in our study. For instance, one father said, "During the period of illness it became obvious who are your real friends," and one mother said, "There are a few friends who have been there all the time. I was very disappointed when I found out that the ones I thought would be there disappeared. But when it comes down to it, you're all alone." Noteworthy is the finding of Wijnberg-Williams et al[17] of no change in dissatisfaction with support over a 5-year period after a child's cancer diagnosis. A tentative interpretation of their finding is that the concept of *dissatisfaction with support* represents a more stable aspect of personality compared with the concept of *perceived social support*.

The complex associations between change in perceived social support and reactions to psychological trauma has indeed been explored in other areas. However, to our knowledge, it has not previously been described in the context of parental reactions to the experience of their child's cancer. According to our findings, emotional distress of parents was associated with change in perceived support. Initial depressive symptoms predicted decline in perceived support, and a tendency in the same direction was also found for anxiety. In summary, relying on our and previous findings, we may propose that, in the long run, depression can negatively influence parental perceived support. Furthermore, this influence may be related to the cognitive aspects of depressive mood, which affect appraisal of social support,[21,22] as well as social behaviors.[19,20] It has also been proposed that perceived support may deteriorate directly through the experience of a traumatic event and indirectly through the loss of available support resources in the face of traumatic or chronic stress.[14–16] These speculations have some theoretical support and can be seen as partly supported by our findings. Our study, however, was not designed to—and was underpowered to—test these specific hypotheses.

The analyses of single items of the perceived-support scale give us a more detailed picture of perceived support among parents of children with cancer. The responses to the items "Sometimes, it is very difficult to make long-lasting contacts" and "People just do not understand that there are still a number of worries left after treatment has ended" indicate quite a substantial change both for the better and for the worse. However, the many affirmative answers to the latter context-related statement indicate that this is a problem for a substantial proportion of the parents during treatment and after the end of treatment. Together with the 2 items mentioned above, the item "It is hard to find real friends" represents the greatest change in negative direction. The following statements are also remarkable: "When you really need someone, there is no one there" and "Because of the disease of my child, we as a family have become left on our own." Regarding these items, all or almost all parents initially reported good support. However, at follow-up assessment, 10% of the parents showed a negative development. For the item "Because nobody understands, it is better to keep your worries about your child to yourself," a similar profile was found. In conclusion, findings indicate that perceived support deteriorated more often than improved from the beginning of treatment to off-treatment. Furthermore, this was true regarding issues related to the child's disease and regarding the more general existential issues.

Study Limitations

Despite the interesting findings, a number of limitations also need to be mentioned. One is the relatively small sample, which prevents us from reliably drawing generalized conclusions based on the findings. The sample size also reduces the power of statistical comparisons of subgroups. In addition, although the number of analyses in this study was modest, one should bear in mind the possibility of type I errors. Furthermore, reliance on questionnaires with preformed definitions of problem areas and forced response formats entails the possibility of overlooking important additional aspects of the concept in focus. Finally, a measure of the perceived support *before* the child was diagnosed with cancer was impossible to obtain, and therefore, we do not know the course of any possible change in perceived support from that point on.

Implications for Practice

The clinical implications of the findings extend to aspects that concern nursing and care. Firstly, the pediatric oncology nurse, as well as other professionals engaged in the day-to-day care of families, has a vital role in encouraging parents' confidence in support and, frequently, in providing emotional support and advice. This may be very valuable because received support serves as a protection of perceived support.[14] Secondly, the daily contact with the families enables nurses to identify early on parents in need of supplementary supportive interventions to deal with depression and a tottering faith in life. To this end, nurses should benefit from appropriate guidance and training to distinguish parents at particular risk. Furthermore, for people coping with more severe emotional distress, interventions aiming at merely providing social support have generally not been sufficient for a lasting improvement of mental health.[33] In these cases, interventions aimed at modifying interpersonal functioning and improving the perception and appreciation of support from others may, on the other hand, result in long-term positive effects.[33]

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Implications for Research

Suggestions for further research include studying the stability of deterioration and improvement in perceived support. Furthermore, the inclusion of a larger study group would permit the analysis of other factors, possibly relevant for change in perceived support, such as disease-related and socioeconomic factors. Additional targets for forthcoming studies should be the identification of care approaches efficient for strengthening parents' perceived support.

■ Conclusions

The qualitative analyses and the general direction of the results indicate that perceived support often diminishes over time in parents of children with cancer. Explicitly, the confrontation with cancer of one's own child seems to be a potential threat, which, for many parents, instigates a decrease in perceived support from active treatment to off-treatment. Early depressive symptoms seemed to predict a decrease in perceived support. At the same time, perceived support is an important buffer against distress.[4,5,8,34] This complex association between perceived support and distress indicates that maintaining perceived support should be a central goal of nursing and psychosocial care of parents of children with cancer.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors gratefully acknowledge the time and energy contributed by the participating parents.

References

1. Brown RT, Madan-Swain A, Lambert R. Posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their mothers. *J Trauma Stress*. 2003;16(4):309–318.
2. Leventhal-Belfer L, Bakker AM, Russo CL. Parents of childhood cancer survivors: A descriptive look at their concerns and needs. *J Psychosoc Oncol*. 1993;11(2):19–41.
3. Boman KK, Lindahl A, Bjork O. Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. *Acta Oncol*. 2003;42(2):137–146.
4. Dockerty JD, Williams SM, McGee R, Skegg DC. Impact of childhood cancer on the mental health of parents. *Med Pediatr Oncol*. 2000;35(5): 475–483.
5. Sloper P. Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *J Pediatr Psychol*. 2000;25(2):79–91.
6. Kazak AE, Stuber ML, Barakat LP, et al. Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(8):823–831.
7. Manne SL, Duhamel K, Redd WH. Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychooncology*. 2000;9(5):372–384.
8. Lindahl Norberg A, Lindblad F, Boman KK. Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psychooncology*. 2006;15(4):335–343.
9. Daniels K. Coping and the job demands-control-support model: an exploratory study. *Int J Stress Manage*. 1999;6(2):125–144.
10. Dukes-Holland K, Holahan CK. The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychol Health*. 2003; 18(1):15–29.
11. Major B, Cozzarelli C, Sciacchitano AM, et al. Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *J Pers Soc Psychol*. 1990;59(3): 452–463.
12. Hobfoll SE, Vaux A. Social support: social resources and social context. In: Goldberger L, Breznitz S, eds. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press; 1993:685–705.
13. Pierce GR, Sarason BR, Sarason IG. Coping and social support. In: Zeidner M, Endler NS, eds. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: Wiley; 1996:434–451.
14. Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *J Pers Soc Psychol*. 1996;71(3):498–511.
15. Gottlieb BH. Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In: Gottlieb BH, ed. *Coping With Chronic Stress*. New York: Plenum; 1997:3–40.
16. Hobfoll SE. Social support and stress. In: Smelser NJ, Baltes PB, eds. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier Science Ltd; 2001:14461–14465.
17. Wijnberg-Williams BJ, Kamps WA, Klip EC, Hoekstra-Weebers JE. Psychological distress and the impact of social support on fathers and mothers of pediatric cancer patients: long-term prospective results. *J Pediatr Psychol*. 2006;31(8):785–792.
18. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *J Trauma Stress*. 2004;17(1):11–21.
19. Emmons RA, Colby PM. Emotional conflict and well-being: relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *J Pers Soc Psychol*. 1995;68(5):947–959.
20. Matheson K, Anisman H. Systems of coping associated with dysphoria, anxiety and depressive illness: a multivariate profile perspective. *Stress*. 2003;6(3):223–234.
21. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(4):801–814.
22. Cohen LH, Towbes LC, Flocco R. Effects of induced mood on self-reported life events and perceived and received social support. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55(4):669–674.
23. Lindahl Norberg A, Boman KK. Support-seeking and perceived support in parents after children's cancer treatment. Paper presented at: 9th European Congress of Psychology; 2005; Granada, Spain.
24. Hobfoll SE, Johnson RJ, Ennis N, Jackson AP. Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(3):632–643.
25. Lindahl Norberg A, Lindblad F, Boman KK. Coping strategies in parents of children with cancer. *Soc Sci Med*. 2005;60(5):965–975.
26. Lindahl Norberg A, Lindblad F, Boman KK. Parental traumatic stress during and after paediatric cancer treatment. *Acta Oncol*. 2005;44(4): 382–388.
27. Van Dongen-Melman JEWM, Pruyn JFA, De Groot A, et al. Late psychosocial consequences for parents of children who survived cancer. *J Pediatr Psychol*. 1995;20(5):567–586.
28. Van Dongen-Melman JEWM. *On Surviving Childhood Cancer: Late Psychosocial Consequences for Patients, Parents, and Siblings* [dissertation]. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 1995.
29. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(6):1028–1039.
30. Clarke-Steffen L. A model of the family transition to living with childhood cancer. *Cancer Pract*. 1993;1(4):285–292.
31. Chesler MA, Parry C. Gender roles and/or styles in crisis: an integrative analysis of the experiences of fathers of children with cancer. *Qual Health Res*. 2001;11(3):363–384.
32. Grootenhuis MA, Last BF. Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. *Psychooncology*. 1997;6(2):115–128.
33. Brugha TS. The effects of life events and social relationships on the course of major depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2003;5(6):431–438.
34. Speechley KN, Noh S. Surviving childhood cancer, social support, and parents' psychological adjustment. *J Pediatr Psychol*. 1992;17(1): 15–31.

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Sex Roles, Vol. 10, Nos. 11/12, 1984

Social Network Factors and the Transition to Parenthood[1]

Thomas G. Power[2]
University of Houston

Ross D. Parke
University of Illinois

A social support model for predicting the ease of transition into the motherhood role is presented. Four kinds of social network supports (relational, ideological, physical, and informational) and six social network agents (husband, friends, relatives, work associates, neighbors, and institutions) are considered. Ways in which each kind of support facilitates maternal and marital adaptation are discussed, along with implications of such support for influencing the nature of mother–child interactions. In addition, a case example (career women in transition) is presented to illustrate the predictive utility of the model. Policy and research implications of the present analysis follow.

A substantial body of research in sociology indicates that the period surrounding the birth of a first child is a time of stress for most marriages. Major cross-sectional (Feldman, 1971; Rollins & Collins, 1974; Rollins & Feldman, 1970; Spanier et al., 1975) and longitudinal (Feldman, 1971; Ryder, 1973) studies have shown that there is often a decline in marital satisfaction after the birth. For example, in an investigation by Feldman and Rogoff (Silverman & Silverman, 1971), 43% of the couples decreased in satisfaction during this period, 39% remained the same, and only 18% experienced an increase. The purpose of this paper is to identify the salient factors that account for this decline in marital satisfaction, to propose a social support model for describing the relative importance of each of these factors, and to explore the implications of these marital

[1] Thanks are extended to John Gottman, Denise Ingram, and Marianne McGrath for their comments on the manuscript.
[2] Correspondence should be sent to Dr. Thomas G. Power, Psychology Department, University of Houston, Houston, Texas 77004.

0360-0025/84/0600-0949$03.50/0 © 1984 Plenum Publishing Corporation

changes for child development by suggesting ways in which these factors might ultimately affect the nature of parent–child interactions.

A TENTATIVE MODEL

A social support model developed for describing the importance of various factors in the transition to parenthood is presented in Table I. The basic assumption of this model is that the ease of transition into the parenthood role is largely determined by the nature and availability of a number of social supports, both inside and outside of the family unit. This idea is consistent with a number of studies that suggest that the parent's relationships with social network members influence the nature of parent–child interactions (Bronfenbrenner, 1974; Cochran & Brossard, 1979; Parke et al., 1979; Feiring & Taylor, Note 1).

Since the wife generally experiences a greater amount of stress during this period than her husband (Glenn & Weaver, 1978; Hobbs, 1965, 1968; Hobbs & Cole, 1976; Rollins & Feldman, 1970; Russell, 1974), this paper will focus primarily on the wife's transition. This procedure simplifies the model by allowing the marital relationship to be treated as a particular kind of relational support, thus facilitating its comparison with other kinds of support in the social network. It is important to point out, however, that this period is also a stressful one for the husband (Fein, 1978; Fein, Note 2; Wapner, Note 3), and that many of the factors that influence the wife's transition will also influence her husband's.

Four kinds of social network support are listed in the table: relational, ideological, physical, and informational. These are patterned after a recent paper by Cochran and Brossard (1979) and after a number of other studies in the research literature. Each kind of support will be considered below.

Relational supports are those that characterize close, emotional relationships and serve such diverse functions as emotional support and recreation. Relational support can take on a variety of forms. Examples include sharing the woman's excitement about the baby, providing comfort in times of stress, and showing mutual enjoyment in leisure activities.

Ideological support refers to the degree to which the woman's social network provides her with support concerning the ideological basis of her role decisions, e.g., whether she should continue to work after the birth, or whether she should encourage her husband to take an active role in infant care. Examples of ideological support include the case where a husband actively encourages his wife to continue her career after the birth, or the case of a mother who constantly reassures her daughter of the importance of exclusive, maternal care. Of course, these examples would only qualify as ideological *support* if the ideological views expressed in the social network were consistent with or similar to the woman's own opinions.

Table I. A Social Support Model of the Factors Influencing the Transition to Parenthood

Kind of support	Primary agents	Period of importance	Period of maximum importance
Relational	Husband, friends, relatives	Throughout	Early postpartum
Ideological	Husband, friends, work associates, relatives	Pregnancy and late post-partum	Late postpartum
Physical	Husband, friends, relatives, neighbors and institutions	Last month of pregnancy and post-partum	Postpartum
Informational	Friends, and relatives, neighbors, and institutions	Throughout	Early postpartum

Physical support corresponds with Cochran and Brossard's (1979) category: "providing goods and services." Physical support can range from routine housekeeping and child care assistance to an occasional financial gift.

Informational support, a category also proposed by Cochran & Brossard (1979), concerns the degree to which the woman's social network provides her with information or suggestions concerning the transition to parenthood. Suggestions about diet during pregnancy, childrearing, and day care all qualify as examples of informational support.

Comparisons of the four kinds of support indicate that women often receive some types of support outside of the social network. For example, magazines and books might serve the informational function. On the other hand, other types, such as relational support, always come from social network agents. Table I lists the four kinds of support in a hypothesized order of psychological importance. This order is inversely related to the ease with which people can obtain these supports outside the social network: relational, ideological, physical, and informational. Implicit in this scheme is the assumption that *human* or relational support facilitates adjustment much more than support from less personal sources.

In addition to listing the four basic kinds of support, Table I also lists the primary agents that usually provide these supports and the time periods in which each support appears to be the most important. Six agents (husband, friends, relatives, neighbors, work associates, and institutions) and three time points (pregnancy, early postpartum, and later postpartum) are listed. The postpartum period is broken down into two periods, since some data suggest that the first two postpartum months (early postpartum) are especially stressful (Escalona, 1949; Leifer, 1977). Late postpartum extends from the third month to the end

of the infant's first year. Data that indicate which agents and time points are most important for each type of support will be presented in the following sections.

Before turning to a discussion of the various types of support, it is important to make a number of general comments about the model. As can be seen in Table I, the model highlights the importance of three social network agents: the husband, relatives, and the woman's friends. Relational support is generally provided by each of these agents, and this kind of support is important throughout the entire time period. Furthermore, examination of the "agents" column shows that husbands, relatives, and friends are generally the agents who provide the widest variety of support. In contrast, this column also shows that a limited amount of institutionalized support is generally available during the transition to parenthood.

We now turn to a discussion of how the four kinds of social network support operate during this transition period. We will start with relational support, since this appears to be the most essential for ease in transition. In the section devoted to each support, we will discuss its form, the agents that generally provide this kind of support, the importance of timing, and implications for parent–child interactions.

SOCIAL SUPPORTS AND THE TRANSITION TO PARENTHOOD

It is important to stress that most studies of the transition to parenthood provide data that are often limited in answering many of the questions that will be dealt with below. This is the case, since few longitudinal studies have been carried out in this area, and the longitudinal studies that have been conducted rarely involve direct observation of families nor do they employ statistical techniques that allow for the inference of causality. Most studies are cross-sectional, interview, or questionnaire studies that rarely involve more than two or three time points in their assessments. Furthermore, as many of these studies were not designed to deal with the transition issue itself, it is often necessary to draw inferences about the transition period by comparing childless couples to couples with one child. In view of these methodological limitations, it is surprising that a number of consistencies emerge in the data. This review will deal primarily with these consistencies; methodology will only be described in those few cases where longitudinal methods were employed to answer a number of relevant questions.

The Changing Need for Support

An important tenet of the social support model outlined above is that the need for social network supports constantly changes throughout the transition

period. This variation in need appears to be linked to predictable changes in the woman's physical and psychological symptomatology. These changes have been carefully documented in two important longitudinal studies (Erickson, 1967; Leifer, 1977). In the Erickson (1967) study, ten women completed physical and psychological symptom checklists every evening throughout their pregnancies. Ten other women cooperated for 1–5 pregnancy months. Clear developmental changes in symptomatology were identified that were replicated in other investigations (Colman, 1969; Heinstein, 1967; Lubin et al., 1975; Shereshefsky et al., 1973). These changes can best be understood by considering three stages of pregnancy: (1) early pregnancy (first 4–5 months), (2) period of quickening (5–8 months, and (3) the preparation for birth stage (final month).

For many women, the early stage is characterized by a large number of physical symptoms. Symptoms reported in this period include nausea and vomiting, frequent urination, fatigue and headache, and decreased sexual desire. Concurrent with the state of physical stress, symptoms of depression, irritability, anxiety, euphoria, and emotional over-reaction are also common. As Shereshefsky et al. (1973) notes:

> A large proportion of women spoke of tempers more easily aroused, a tendency to be "edgy," tense, nervous, or "touchy," or to "snap" more easily, to become more demanding of their husbands, to dissolve into tears more often – general indications of a greater vulnerability and heightened emotionality (p. 74).

The second stage of pregnancy begins shortly after the first perceptible movements of the fetus (quickening). This period lasts from the fifth to eighth month and is a time of relative ease for most women. Erickson (1967) identified no physical or psychological symptoms that were specific to this period. Similarly, others have reported that the most common reaction to quickening was that of relief (Leifer, 1977; Shereshefsky et al., 1973).

The last month of pregnancy is another stressful period for the mother. By this time, she has gained about 25 pounds, and carrying the fetus becomes exceptionally difficult. Erickson (1967) reported many physical symptoms that occur during this period, including fatigue, backache, increased insomnia, shortness of breath, and groin pain.

Consistent with the reappearance of physical symptoms during the ninth month of pregnancy is a concomitant increase in symptoms of depression, irritability, anxiety, and marked mood swings. Concerns about the infant increase and worries about the birth process come to the forefront (Clifford, 1962; Grimm, 1967; Leifer, 1977; Loesch & Greenberg, 1962). The last month is often a very stressful one for the expectant mother.

The Leifer (1977) study extends these results by examining how the pattern of symptomatology changes after childbirth. In this study, 19 primigravidas were interviewed or filled out questionnaires at seven different time points: once during each pregnancy trimester, at quickening, on the third postpartum day, and at 7 weeks and 7 months postpartum. Results showed that many of the

physical and psychological symptoms common to pregnancy were also found in the first postpartum month, but now with even greater intensity:

> For more than two-thirds of the women, the early postpartum was characterized by moderate to extreme negative affect; for only a few, was the mood one of extreme contentment and satisfaction. More than half of the respondents felt their negative moods were more pervasive and intense at postpartum than they had been during pregnancy, suggesting that the emotional crisis of the postpartum period exceeds that of pregnancy. The mood tone of most women was characterized by feelings of depression, anxiety in regard to providing adequate care for the baby, and heightened emotional lability (p. 75).

Similarly, in a number of retrospective interview studies on the transition to parenthood, women often commented that during the early postpartum months they felt edgy, nervous, or upset, and many complained of tiredness and exhaustion (Hobbs, 1965; Hobbs & Cole, 1976; LeMasters, 1957; Russell, 1974). Similar to these reactions shortly after the birth is a clinical syndrome physicians have labeled the "post-partum blues" (Yalmon et al., 1968). By the seventh postpartum month, few symptoms are reported, although a number of mothers report boredom with routine infant care (Leifer, 1977).

What accounts for these developmental changes in symptomatology? While it is likely that physiological changes may account for much of the stress experienced during *pregnancy,* three experiential factors appear to account for much of the *postpartum* stress: (1) difficulties associated with caring for a young infant for which most new parents are not prepared (Escalona, 1949; Rossi, 1968; Wente & Crockenberg, 1976), (2) dramatic increases in personal responsibilities coupled with substantial new limits on free time (Dyer, 1963; Hobbs, 1965; Hobbs & Cole, 1976; Robinson et al., 1977; Russell, 1974), and (3) the increased amount of housework generally associated with the birth of a first child.

Relational Supports

A number of interview and questionnaire studies show that women often react to the physical and psychological stresses of pregnancy and the early postpartum by becoming more dependent upon their husbands (Blood & Wolf, 1960; Feldman, 1971; Leifer, 1977; Loesch & Greenberg, 1962). Therefore, one might expect that in emotionally close marriages, relationship support would be high throughout the entire transition period. Unfortunately, for many couples it is not. In a longitudinal, observational study of changes in the nature of marital conflict resolution over the pregnancy and postpartum period, Raush and associates (Raush et al., 1974) found that husbands were highly conciliatory during their wives' pregnancies, but after the birth (couples were assessed at 4 months postpartum), the amount of conciliatory behavior had returned to prepregnancy levels. Raush et al. (1974) interpret these findings in the following way:

> Apparently they (the husbands) no longer see their wives as needing special support when engaged in marital conflict. If this finding reflects their actual practices at home, these husbands may be failing their wives just when support is most needed (pp. 190–191).

Ryder (1973) came to a similar conclusion in relation to his finding that women who had children during the second year of marriage were more likely than childless women married equally long to report that their husbands were not paying enough attention to them:

> Such a supposition would presumably mean that after a child arrives, either husbands are less attentive to their wives, or wives want more attention (or assistance) or both (p. 606).

Questionnaire and interview studies suggest a similar pattern of results: husbands provide emotional support during pregnancy (Colman & Colman, 1971; Jessner et al., 1970; Landis et al., 1950), but after the birth of a child couples engage in less emotional expression (Feldman, 1971) and there is an increase in the number of negative husband–wife interactions (Burr, 1970; Campbell et al., 1976; Rollins & Feldman, 1970).

Why do husbands react differently to increases in their wives' dependence during pregnancy and after the birth? Several explanations are possible. First, given the cultural stereotype that pregnancy is a time of need and dependence for women, husbands might feel that their wives are in more need of support during pregnancy than in the postpartum period (Raush et al., 1974). Furthermore, if his wife has quit work to become a full-time homemaker, the husband may feel that she has plenty of time to deal with the demands of the new infant and that her complaints may be exaggerated. Another explanation (in no way incompatible with the previous ones) is that pregnancy is viewed by the husband as being a temporary period of wife dependence, and he anticipates that he need only provide such a high level of support up to the birth of the baby. After the wife has the child, and she is in even more need of support, the husband can no longer view her condition as a temporary one (parenthood lasts a long time) so he may return to providing about the same amount of support he offered prior to the pregnancy (presumably a level he is most comfortable with). Finally, the increased pressures on the husband (both at work and at home) after the birth might prevent him from becoming as supportive as when these pressures were not as salient. Probably in varying degrees, each of these explanations account for the relative decrease in husband support.

Although there is generally a decrease in the amount of relational support after the birth, it is important to stress that relational support from the husband does facilitate the wife's adaptation throughout the transition period. Interview and questionnaire studies during pregnancy (Despres, 1937; Gladieux, 1978; Shereshefsky et al., 1973; Simon, Note 4) and postpartum (Feldman, 1971; Shereshefsky et al., 1973; Feiring & Taylor, Note 1) find significant positive cor-

relations between the degree of husband emotional support and the wife's level of reported satisfaction.

What are the changes in the woman's relationships with significant others outside of the nuclear family during this period? How do these relationships function in influencing the woman's adaptation? These issues have yet to be the focus of much systematic research. The little data that are available only concern the frequency of interaction. After the birth there is generally less interaction with mutual husband–wife friends and more contact with separate friends, neighbors, and relatives (Blood & Wolf, 1960; Hoffman, 1978; Lopata, 1971; Shulman, 1975). These changes probably are the result of the woman's increased confinement to the home and reflect her efforts to deal with the increased feelings of isolation and aloneness that such confinement often brings (Leifer, 1977; Lopata, 1971). How effective these relationships are in facilitating the woman's adaptation to pregnancy and parenthood, and how the role of these relationships differs from the husband's role are questions that await further research.

In summary, the studies reviewed above stress the importance of relational support throughout pregnancy and early parenthood, especially support from the husband. Studies show that relational support can facilitate the woman's adaptation during all phases of this transition, but there is a tendency for many husbands to provide insufficient support at the time when it is most needed, the early postpartum period. While relationships outside the marriage may serve to provide some of this support, little data are available on how effective such supports may be. This lack of congruence between the woman's needs and the level of husband support is probably the primary determinant of the decline in marital satisfaction that characterizes this period.

How might these factors influence the nature of mother–child interactions? While little data are currently available, some suggestive evidence comes from two recent studies of the relationship between the marital and parent–infant relationships (Pedersen et al., Note 5; Vincent, Note 6). In the study by Pedersen and associates (Note 5), fathers and mothers were observed both alone and together with their 5-month-old infants in their homes. The results showed a positive correlation between the amount of negative affect between the spouses and the amount of negative affect directed toward the infant. There were no similar correlations for affectively positive behavior. In the study by Vincent (Note 6), security of parent–infant attachment at 1 year of age could be predicted from observational and self-report measures of the marital relationship at 1 month postnatally. Although the data from either study do not address the direction of causality, one possible explanation of the findings is that negative interactions between spouses are generalized to interactions with the infant. Thus, couples who experience the most stressful transition to parenthood might also be those who have the most negative interactions with their child. One cannot help but speculate that a child brought up in such an environment may be at

higher risk for later problems in social–emotional development than one raised in a warmer and more nurturant family setting.

Ideological Support

While the last section has stressed the importance of the woman's relationship with others for her successful adaptation to parenthood, this section will show how the woman's psychological acceptance of the mothering role is also important. In this section, we will first describe the natural process of adaptation to the maternal role and then discuss the importance of ideological supports in facilitating this process.

The current understanding of the adaptation process comes from several longitudinal, questionnaire, and interview studies of the psychological aspects of pregnancy (Colman & Colman, 1971; Gladieux, 1978; Leifer, 1977; Shereshefsky et al., 1973). Each of these studies stresses the gradual nature of adaptation. For example, Colman and Colman (1971) report that, during the first trimester, many mothers expressed ambivalence and sometimes even rejection of their pregnancies. Many felt that this was the first time that they really appreciated to such an extent the role differences between themselves and their husbands, and many were not pleased with this situation. Leifer (1977) found that quickening often intensified this feeling, as mothers expressed "concerns over loss of personal freedom and the irrevocable changes in lifestyle that parenthood would entail" (p. 81). It was not until the third trimester that these ambivalent feelings were generally resolved by most mothers (Colman & Colman, 1971; Shereshefsky et al., 1973). This process of adaptation is often particularly difficult for career-oriented women (Gladieux, 1978).

While researchers have not examined developmentally the nature of this acceptance process through the early years of mothering, a recent study by Hoffman (1978) suggests that most women come to terms with this new role, often through considerable attitudinal change. She speculates that increased "responsibilities and less freedom may be seen as the attainment of adulthood and stability," while "the increased segregation of husband–wife roles along the traditional, sex-typed lines may be accompanied by a corresponding change in ideology" (p. 366). The degree to which these and other changes in attitude facilitate maternal adaptation and the factors that contribute to attitudinal change are important areas for future research.

The literature indicates that the degree of adaptation to the maternal role is influenced by the social network in at least two ways: (1) by offering ideological support concerning the woman's role decisions, and (2) by allowing her the freedom to engage in role behavior that is consistent with her own ideology. Several interview studies have shown the importance of the woman having a social

network that shares her ideological views. For example, career-oriented women who interact primarily with women with more "traditional" sex-role ideologies tend to report lower marital and maternal satisfaction than women in social networks that share their views (Gans, 1967; Heckman et al., 1977; Lopata, 1971; Rapoport & Rapoport, 1971). Similarly, full-time homemakers who interact in social circles with primarily egalitarian viewpoints concerning women's roles, also report lower marital satisfaction (Bailyn, 1970).

Whether or not a woman can actually engage in her desired role behavior also influences her maternal adaptation. Since there is often a lack of congruence between the young mother's role behavior and her actual desires, it is not surprising that adaptation is not easy for all women. Examples of this incongruity include the many women who work for financial reasons alone (Haller & Rosenmayer, 1971), and women who do not work because (1) they feel a duty to mothering (Hock, 1978; Yarrow et al., 1962), or (2) they cannot find adequate child care (Harrell & Ridley, 1975). As will be seen below, physical support from the social network (such as child care) often facilitates this adaptation.

Who generally provides the woman with ideological support, and when is such support most important? It appears that the later postpartum period (the fourth through twelfth postpartum month) is a period of primary importance, since this is a time when mothers often report increased boredom with routine infant care (Leifer, 1977), and a time when many women return to the labor force. The agents who provide such support depend largely on the woman's ideology. "Traditional" women are more likely to depend upon relatives, while ideologically "modern" women are more likely to depend upon friends and work associates (Lopata, 1971; Gladieux, Note 7). Regardless of the nature of their ideology, it is likely that women also depend highly upon their husbands for support in this area.

The woman's psychological adjustment to the maternal role undoubtedly affects the nature of her interactions with her infant. This has been verified in studies of mothers of preschool and school age children (see Hoffman & Nye, 1974, for a review), and more recently in a longitudinal study of mothers of 3- to 12-month-old infants (Hock, 1978, 1980). In this carefully controlled investigation, Hock compared two demographically similar groups of working and nonworking mothers. Working mothers had worked continuously outside the home since their infant's third month of life. A number of assessments were carried out at birth, 3, 8, and 12 months of age. These included measures of maternal attitudes and behavior, and measures of infant social and cognitive development.

Results showed that working and nonworking mothers did not differ in their childrearing attitudes or caregiving behaviors, nor did their infants differ in developmental status or in the social behavior they directed toward their mothers. However, there was considerable evidence that a lack of congruence between work status and beliefs about the importance of exclusive maternal care

had a negative effect on infant social development. For example, mothers who were working but had strong beliefs about the importance of exclusive maternal care, and nonworking mothers who did not feel that their infants required such care, were most likely to have 1-year-olds who showed high levels of negative reunion behavior in a standardized assessment of infant social development. These mothers also showed the lowest level of satisfaction with mothering. It is likely that many of these were mothers who were forced to work for financial reasons, or mothers who did not work either out of a feeling of "duty" to mothering or because of the unavailability of suitable infant care. These data highlight the importance of the mother's role adjustment for her infant's subsequent development.

To summarize, psychological acceptance of a first pregnancy is a gradual process and appears to be important for eventual adjustment to the maternal role. The social network appears to facilitate this development in at least two ways: (1) by offering the woman ideological support concerning her role decisions, and (2) by allowing her to engage in role behavior that is consistent with her own ideology. Such support is generally offered by the husband, friends, relatives, and work associates, and successful ideological adaptation to the maternal role is related to maternal satisfaction and mother–child interaction.

Physical Support

Another kind of social network support that appears important for the woman's adjustment, especially after the birth, is physical support. The need for this kind of support arises during the last month of pregnancy, when the woman becomes less able to perform routine household tasks and sometimes certain aspects of her job, during the early postpartum period when the women is generally overloaded with the responsibilities of infant care, and during the later postpartum, when she may decide to go back to work. Since there is little data currently available on the nature of physical supports during pregnancy, this section will concentrate primarily on the nature of physical supports during the postpartum period.

While the birth generally brings increased physical support from relatives, physical support from the husband follows the same course as relationship support, a relative decline. Support from relatives often starts at the very beginning, and is generally offered by the grandparents. Several studies report that it is common for the infant's grandparents to help out in the period shortly after the birth, often by living with the couple for a short period to ease the load on the new parents (Duvall, 1954; Escalona, 1949; Young & Willmott, 1957; Siddiqui, Note 8). Generally, the wife's mother provides this assistance unless the husband's mother is the only one living locally (Siddiqui, Note 8).

As mentioned above, the increased contact between grandparents and parents in the early postpartum period is the beginning of a period of increased contact between the three generations. A number of investigators have shown that in addition to increased visiting, grandparents often provide needed help in the form of child care advice, housework, and help during illness throughout the child's early years (Adams, 1964; Blood, 1969; Boyd, 1969; Duvall, 1954; Hill et al., 1970; Lopata, 1971; Sussman, 1953, 1959; Young & Willmott, 1957). Such services are generally provided by mothers and mothers-in-law, while grandfathers generally provide forms of direct and indirect financial support. The fact that grandmothers account for most visits and services is consistent with the general finding that kinship interaction is traditionally maintained by females in American culture (Adams, 1964; Booth, 1972; Reiss, 1962).

Of course, increased contact with relatives does not always mean increased physical support, and it is possible that not all parents perceive the change in contact with relatives after the birth as being a positive one. This idea is supported by the finding that some parents report dissatisfaction with the increased *contact* with grandparents after the birth (Feldman, 1971), but few parents perceive *help* from grandparents as being negative. Studies in this area generally report positive correlations between the amount of help young parents receive from their parents and the couple's marital satisfaction (Blood, 1969; Renne, 1970), the wife's satisfaction with housework (Pearlin, 1975), and each parent's adjustment to the parental role (Fein, 1978). Furthermore, couples are generally satisfied with the frequency of grandparent visiting, as long as its frequency is not more than once a week (Reiss, 1962; Blood, 1969). If this is the case, couples report lower levels of marital satisfaction (Blood, 1969). Satisfaction is particularly low if a large proportion of the relatives' visits are spontaneous and unscheduled.

In those few cases where conflict does occur, parents are more likely to attribute the causes of these conflicts to female relatives. Problems are generally reported in the area of mother-in-law–daughter-in-law relations (Blood & Blood, 1978; Duvall, 1954; Landis & Landis, 1958; Leichter & Mitchell, 1967). These conflicts are generally the result of the daughter-in-law feeling that the paternal grandmother has interfered in some way with the socialization of her child, either through the grandmother's direct interactions with her child or criticism of the daughter-in-law herself (Benedek, 1970; Duvall, 1954; Leichter & Mitchell, 1967).

As was already indicated, physical support from the husband generally decreases after the birth. This occurs whether or not the woman quits her job. While husbands of working mothers generally provide more household help than husbands of nonworking mothers, there is still a decrease after the birth in both groups (Cowan et al., 1978; Hoffman, 1978; Walker, 1970). This decrease generally occurs regardless of the couple's sex-role ideology (Cowan et al., 1978; Stafford et al., 1977).

The *nature* of husband household support also changes. After the birth, husbands provide most of their limited assistance in the area of childcare, leaving their wives to perform even a greater percentage of other household tasks (Lopata, 1971; Oakley, 1974). Furthermore, husband child care assistance is more likely to be in the form of playing and babysitting, rather than in more routine and less pleasant tasks such as diapering and bathing (Escalona, 1949; Kotelchuck, 1976; Rendina & Dickerscheid, 1976; Stafford et al., 1977; Richards et al., Note 9).

In summary, the birth of a first child generally results in a move toward a more traditional division of household labor regardless of the original distribution of household tasks, the couple's ideology, or their work role decisions. If the wife continues to work after the birth, her husband is more likely than the husband of a full-time homemaker to help out with the housework, but there is still a decrease in his amount of support compared to his participation before and during the pregnancy. How then do working mothers cope with the tremendous increase in the amount of housework necessary after the birth and their husband's simultaneous decrease in support? Probably by being more efficient or by setting lower standards. This is suggested by a number of studies that show that full-time working women generally take about half as much time to do their housework as the full-time homemaker (Robinson et al., 1977; Walker, 1969; Vanek, Note 10). This difference cannot be accounted for by differences in the amount of outside help (Vanek, Note 10). Finally, although there generally is a decrease in husband physical support after the birth, wives whose husbands *do* offer them such support, report the highest levels of marital satisfaction (Blood & Wolf, 1960; Gavron, 1966; Oakley, 1974).

While there is generally an increase in physical support from relatives and a decrease in help from husbands, are there systematic changes in the amount of help received from sources such as friends, neighbors, and institutions? Although this question has yet to be the focus of much systematic study, some data suggest that these changes may be limited in scope, given the virtual nonexistence of institutional support during this transition period (see below) and the wide variation in the kinds of neighboring interactions considered to be appropriate in different neighborhoods (Caplow et al., 1964; Keller, 1968; Lopata, 1971). However, if physical support is available (particularly in the form of babysitters), it is positively related to the mother's marital satisfaction (Gavron, 1966).

How does the nature and availability of physical support affect the nature of the mother's interactions with her child? Parke et al. (1979) review a number of studies that show how physical support from the father can influence the nature of mother–infant interaction. For example, a father who takes on a large proportion of the infant's routine care frees the mother from certain responsibilities and also probably influences his wife's interactions with the infant by permitting more time for playful and other noncaretaking interactions. Similarly,

by providing economic support, the father influences mother–infant interaction by determining to a large extent the nature of the environment in which this interaction takes place. It is likely that physical supports from other sources can operate to influence mother–child interaction in similar ways.

Informational Support

The final type of social support to be considered here, informational support, is probably the least of all *social network* supports, as it can easily be found outside of the social network. Such information can be found in books, magazines, and newspaper articles that provide child care advice and through consultation with the baby's doctor. While parents often use such sources for information, parents also turn to friends, relatives, and neighbors for advice (Clarke-Stewart, 1978; Keller, 1968).

The availability of information is undoubtedly important throughout the entire transition period, as most women need information at each stage of the transition. During pregnancy, the woman needs information about diet and prenatal care, while after birth, information about child-rearing, substitute care, and housekeeping become important. As anxiety about infant care is highest during the early postpartum period (see above), it is likely that informational support is probably the most important during these two long months. Several studies have shown that confidence in the maternal role (probably the result of sufficient ideological and informational support) is positively correlated with pregnancy and parenthood satisfaction (Leifer, 1977; Shereshefsky et al., 1973; Gladieux, Note 7).

Although little data are available, the availability and nature of informational support probably affects parent–child interactions, either directly through child care advice, or indirectly through influencing the mother's confidence with her child.

Interactions

While each of the four kinds of social network support considered above (relational, ideological, physical, and informational) appear to influence the nature of the woman's adaptation to a first childbirth, it is important to point out that these factors often interact in complex ways. Three important kinds of interactions are outlined below. First, social network supports do not occur in isolation, but generally occur in common combinations. For example, if a relative provides physical support in the form of child care, he or she may also provide informational support through conversations with the parents. Second, the categories of agents presented in Table I often overlap; neighbors that are

friends may also be work associates. Finally, when the wife receives one kind of support from a social network agent, it may alter the probability of receiving another support from other social network members. For example, if the husband gives a great deal of *physical* support to his wife, she, in turn, may request it less often from relatives, thus decreasing the amount of *informational* support she receives. Given these complex patterns of interaction, it is important that future research simultaneously examine the occurrence of multiple social network supports.

In order to provide further examples of how these factors interact and to illustrate how the model is useful in predicting how various groups of women adjust to a first childbirth, the next section will examine a special case in adaptation, the career woman.

CAREER WOMEN AND THE TRANSITION TO PARENTHOOD

The results of several investigations (Gladieux, 1978; Orden & Bradburn, 1969; Wright, 1978) suggest that working women, especially those who place a high degree of importance on their careers, often experience difficulty in adjustment to the maternal role. These women generally report lower levels of pregnancy, maternal, and marital satisfaction than nonworking women with preschool children. In this section, we will illustrate the value of the proposed model in identifying factors that may account for such difficulty in transition by comparing working and nonworking women on the availability of each of the four types of social support outlined in the model.

Relationship Support

While no evidence suggests that people in the career woman's social network offer any less relationship support than those in the nonworking woman's, Gladieux (1978), in her recent study of pregnancy adaptation, found that career women often rejected relational support during pregnancy:

> Typically, they worked full-time until, or up to their expected due date, and they generally managed their pregnancies with a casual, offhand, "no-big-deal" attitude . . . Women who adopted this stance of dealing with the pregnancy and who failed to recognize the very real changes and limitations induced by pregnancy and who denied the meanings associated with these changes were likely to forfeit as well the transmittal of genuine expressions of support from others, thus increasing their sense of social isolation. They shunned attention or aid from their husbands, relatives, and friends, or felt guilty if they accepted it. Indeed, husbands of these women experienced their wives' heightened state of autonomy as a barrier against offerings of assistance and affection (p. 291).

Ideological Support

Career women are also less likely to receive ideological support than their nonworking counterparts, especially from their relatives. Gladieux (Note 7) found that these women had less contact and poorer relationships with their mothers than "traditional" women, and that their social networks contained very few relatives. Furthermore, others have found that dual-career couples often experience pressure from their social networks for not conforming to traditional sex-role expectations and not adopting a pattern of "traditional childrearing practices," i.e., having the woman quit her job and become a fulltime homemaker (Heckman et al., 1977; Rapoport & Rapoport, 1971; St. John-Parsons, 1978).

Physical Support

Since the career woman's social network is generally limited to a few close friends (Rapoport & Rapoport, 1971; St. John-Parsons, 1978; Young & Willmott, 1957), physical support is often less available to these women than to women with wider social networks that contain relatives. Furthermore, physical support from the husband does not ease this burden. Whereas, husbands of working women are more likely than other husbands to provide their wives with physical support both before and after the birth, the first birth is still associated with a relative decrease in support for these husbands (see above). That this situation leads to considerable family stress is suggested by two findings: (1) dual-career couples often report overload in terms of time commitments (Burke & Weir, 1976, Rapoport & Rapoport, 1971; St. John-Parsons, 1978), and (2) both husbands and wives report a high degree of conflict between job and the family (Herman & Gyllstrom, 1977; Holahan & Gilbert, 1979). While such pressures might be eased by professional housekeeping and child care assistance, this option is generally only financially feasible for a minority of dual-career couples.

Informational Support

Finally, young mothers who are isolated from their extended families and are trying to combine a family and a career, are more likely than other mothers to depend upon friends and written materials for their child care information, rather than on their relatives (Clarke-Steward, 1978). While this may not put these mothers at a disadvantage if the information they get is consistent, it is often the case that child care information from a variety of such sources is not as consistent as the information that other mothers receive from close-knit social networks (Abernathy, 1973). Undoubtedly, consistency in child care advice facilitates the woman's adjustment to the maternal role.

In summary, there is considerable evidence to suggest that the lower levels of maternal and marital adjustment experienced by career women in the transition to parenthood are due to the restricted availability of all four of the supports in the model. Furthermore, for at least one of the four supports (relational support) the woman herself plays an active role in accounting for this low availability. Studies of career women who have managed to obtain access to various combinations of these supports are necessary to further test the predictive utility of this model.

POLICY IMPLICATIONS

The model outlined above has a number of implications for developing programs to aid couples in the transition to parenthood. Three possible foci for intervention are suggested: the marital relationship, the social network, and work.

Marital Relationship

In light of the finding that there is a tendency for husbands to withdraw physical and relational support when it is most needed, programs designed to facilitate adaptation during this period should focus on the husband, either by increasing his sensitivity to his wife's need for support (to prevent the postpartum decline), or through actively encouraging husband support in the postpartum period. In an experimental intervention study, Parke and associates (Parke et al. 1980) developed a 20-min videotape presentation for use in the early postpartum period that significantly increased the level of father caretaking involvement at 3 months. In contrast to fathers who saw no presentation, fathers who saw the videotape during their wives' hospital stay were more likely to feed and diaper their sons (although not their daughters) than control fathers. These results illuminate the feasibility and effectiveness of using the postpartum period as a point of intervention for encouraging husband physical support.

Social Network

Intervention programs utilizing the social network would probably be most effective if they concentrated on providing informational and ideological support during pregnancy, and informational and physical support during the postpartum period. This could be accomplished by integrating into existing Lamaze or other preparation for childbirth programs information about changes that couples can expect in their lifestyle after the birth, as well as information about infant care and development. Two experimental studies comparing the effective-

ness of preparatory guidance programs to less structured programs have shown that preparation is effective in facilitating the adaptation to parenthood (Gordon & Gordon, 1967; Shereshefsky & Yarrow, 1973), especially if both mother *and* father are involved in the sessions (Gordon & Gordon, 1967). As part of the preparatory programs, group discussions could be used to serve the ideological support function, as long as groups were created so that members of a particular group shared similar attitudes concerning work, the family, and sex roles.

If these programs were designed so that the groups meet until the third or fourth postpartum month, groups would continue to provide for the social support needs of couples after the birth. In addition, informal friendships formed through these groups might help to provide the new leisure and occasional child care functions of the social network. The implementation of formalized programs such as neighborhood drop-off centers, babysitting pools, and institutionaized day care would broaden the availability of physical support.

Work

Business and industry can also play an important role in developing programs to facilitate the transition to parenthood. Such programs are especially important given the growing number of women who are entering the labor force. Since the transition is most stressful for the dual-career couple, the most effective work-related programs should be designed to provide these families with the widest range of options for integrating work and the family. Since many women do not work because of the unavailability of quality child care, high-quality, on-site day care would be very effective in attracting quality workers back into the labor force as soon after the birth as possible. Moreover, programs that allow parents to carry out at least part of their job at home, or programs that allow for greater flexibility in full-time or part-time hours would make it easier for *both* parents to successfully pursue a career as well as deal with the increased pressures of caring for a young child at home.

If our goal is to provide for equality of the sexes in terms of job opportunity and life satisfaction, it is important that such programs be developed so that women can be given the opportunity to pursue a career and a family as freely as their husbands. All too often, the pressures and responsibilities associated with the care of a young child results in interruptions in career plans that can put limits on career advancement or success. Programs that increase the availability of child care, social support, and domestic help, programs geared toward increasing the level of husband involvement in housework and child care, and programs that allow for such unconventional but successful alternatives as job or work sharing (Arkin & Dobrofsky, 1978; Gronseth, 1978) provide parents with greater freedom in choosing how they wish to integrate family and career. When such support is successfully made available to couples who experience the

transition to parenthood, then we can increase the likelihood that the transition will be a rewarding and valuable experience for all involved.

IMPLICATIONS FOR FUTURE RESEARCH

The model presented above suggests several important areas for future research in this area. First, in spite of the apparent importance of relational support, it is unfortunate that there have been few systematic efforts to understand the nature and variety of relational supports the woman receives during this transition period. Generally, studies that have investigated the role of relational support have used global ratings such as "husband responsiveness" or "husband emotional support." While these variables may have predictive value, they do not accurately describe the multidimensional nature of relational support, nor are they useful in providing guidelines for intervention; if one cannot describe what "emotional support" is, how can husbands be encouraged to increase its frequency? A primary reason for this lack of specification is that with a few notable exceptions (Raush et al., 1974; Pedersen et al., Note 5; Vincent, Note 6), researchers have not derived their ratings from systematic behavioral observation of marital interaction patterns; instead, they have relied primarily on interview and questionnaire methods. The Raush et al. (1974) and Vincent (Note 6) studies are excellent examples of how marital interaction can be studied longitudinally over this time period and yield provoking results. Similar studies that utilize a variety of situations and coding schemes should reveal more about this transition.

Another way in which the study of relational supports has been restricted is that very little systematic attention has been given to relationships outside the marriage during this period. Only quantitative data on the frequency of interaction are available. For example, we know that after the birth there is increased contact with relatives and decreased contact with mutual friends, but we do not know anything about the *nature* of these relationships or how the nature of old relationships change. Given the importance of relational support, these are important questions for future research.

A second issue concerns the interrelatedness of the various sources of support. While this review suggests that husbands, friends, and relatives often provide various kinds of support, little data are available on how various individuals provide certain combinations of support. We also cannot specify the conditions under which one might expect to find support and those conditions where support may be withheld. For example, what kinds of relationships with the paternal grandparents are associated with the offering of physical and ideological support? How do these relationships develop? How do support networks interact? Are friends less likely to help out if it is clear that the grandparents are playing this role? Since support almost always comes in the context of an interrelated

set of interpersonal relationships, it is important not to ignore this context and to appreciate the complexity of these interconnections.

A final and virtually unexplored issue concerns the impact of the couple's adjustment on the child's development. While some possible effects have been suggested, it is necessary to design and conduct research that addresses these issues and attempts to uncover the often complex patterns of correlation and causality. Multiple assessments of the parent–child, marital, and social network relationships are necessary to begin to unravel the complex nature of these influence patterns. Only then will it be possible to assess the impact of these variations on the development of children.

REFERENCE NOTES

1. Feiring, C., & Taylor, J. The influence of the infant and secondary parent on maternal behavior: Toward a systems view of attachment. Educational Testing Service, 1978, unpublished manuscript.
2. Fein, R. A. Men's experiences before and after the birth of a first child: Dependence, marital sharing, and anxiety. Ph.D. dissertation, Harvard University, 1974.
3. Wapner, J. H. An empirical approach to the attitudes, feelings, and behaviors of expectant fathers. Ph.D. dissertation, Northwestern University, 1975.
4. Simon, C. L. Marital pair pregnancy related problem-solving skill and the wife's adjustment to her first pregnancy. Ph.D. dissertation, The George Washington University, 1974.
5. Pedersen, F. A. Anderson, B. J., & Cain, R. L. An approach to understanding linkages between the parent–infant and spouse relationships. Paper presented at the Society for Research in Child Development, New Orleans, March 1977.
6. Vincent, J. P. Couples and their first children: Possible early signs of problems? Paper presented at the American Psychological Association meeting, Los Angeles, September 1981.
7. Gladieux, J. Pregnancy – the transition to parenthood: Satisfaction with the pregnancy experience as a function of the marital relationship and the social network. Ph.D. dissertation, University of California, Berkeley, 1975.
8. Siddiqui, H. R. Patterns of help at the time of crisis. University of Michigan, 1962, unpublished manuscript.
9. Richards, M. P. M., Dunn, J. F., & Antonis, B. Caretaking in the first year of life: The role of the father's and mother's social isolation. University of Cambridge, 1975, unpublished manuscript.
10. Vanek, J. Keeping busy: Time spent in housework, United States, 1920–1970. Ph.D. dissertation, University of Michigan, 1973.

REFERENCES

Abernathy, V. Social network and response to the maternal role. *International Journal of Sociology of the Family,* 1973, *3,* 86-82.

Adams, B.N. Structural factors affecting parental aid to married children. *Journal of Marriage and the Family,* 1964, *26,* 327-331.

Arkin, W., & Dobrofsky, L. R. Job sharing. In R. Rapoport, R. Rapoport, and S. J. Bumstead (Eds.), *Working couples.* New York: Harper & Row, 1978.

Bailyn, L. Career and family orientation of husbands and wives in relation to marital happiness. *Human Relations,* 1970, *23,* 97-113.

Benedek, T. Parenthood during the life cycle. In E. J. Anthony (Ed.), *Parenthood.* Boston: Little, Brown, 1970.

Blood, R. O. Kinship interaction and marital solidarity. *Merrill Palmer Quarterly,* 1969, *15,* 171-184.

Blood, R. O., & Blood, M. *Marriage,* New York: The Free Press, 1978.

Blood, R. O., & Wolf, D. *Husbands and wives: The dynamics of married living.* Glencoe, Illinois: The Free Press, 1960.

Booth, A. Sex and social participation. *American Sociological Review,* 1972, *37,* 183-193.

Boyd, R. R. The valued grandparent: A changing social role. In W. Donahue et al. (Eds.), *Living in a multigeneration family.* Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1969.

Bronfenbrenner, U. Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. *Child Development,* 1974, *45,* 1-5.

Burke, R. J., & Weir, T. Relationship of wives' employment status to husband, wife, and pair performance. *Journal of Marriage and the Family,* 1976, *38,* 279-287.

Burr, W. R. Satisfaction with various aspects of marriage over the life cycle: A random middle-class sample. *Journal of Marriage and the Family,* 1970, *32,* 29-37.

Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. *The quality of American life.* New York: Russell Sage Foundation, 1976.

Caplow, T., Stryker, S., & Wallace, S. E. *The urban ambience.* Totowa, New Jersey: Bedminster, 1964.

Clarke-Stewart, K. A. Popular primers for parents. *American Psychologist,* 1978, *33,* 359-369.

Clifford, E. Expressed attitudes in pregnancy of unwed women and married primigravida and multigravida. *Child Development,* 1962, *33,* 945-951.

Cochran, M. M., & Brossard, J. A. Child development and personal social networks. *Child Development,* 1979, *50,* 601-616.

Colman, A. D. Psychological state during the first pregnancy. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1969, *39,* 788-797.

Colman, A. D., & Colman, L. L. *Pregnancy: The psychological experience.* New York: Herder & Herder, 1971.

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Coie, L., & Coie, J. D. Becoming a family: The impact of a first child's birth on the couple's relationship. In W. B. Miller and L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Center, 1978.

Despres, M. A. Favorable and unfavorable attitudes toward pregnancy in primaparae. *Journal of Genetic Psychology,* 1937, *51,* 241.

Duvall, E. *In-laws: Pro and con.* New York: Association Press, 1954.

Dyer, E. Parenthood as crisis: A re-study. *Journal of Marriage and the Family,* 1963, *25,* 196-201.

Erickson, M. T. Method for frequent assessment of symptomology during pregnancy. *Psychological Reports,* 1967, *20,* 447-450.

Escalona, S. The psychological situation of mother and child upon return from the hospital. In M. Senn (Ed.), *Problems of infancy and childhood.* Transactions of the Third Conference, 1949.

Fein, R. A. Consideration of men's experiences and the birth of a first child. In W. B. Miller and L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Center, 1978.

Feldman, H. The effects of children on the family. In A. Michel (Ed.), *Family issues of employed women in Europe and America.* Leiden: E. J. Brill, 1971.

Gans, H. *The Levittowners.* New York: Pantheon, 1967.

Gavron, H. *The captive wife.* London: Routledge & Kegan Paul, 1966.

Gladieux, J. D. Pregnancy – the transition to parenthood: Satisfaction with the pregnancy as a function of sex role conceptions, marital relationship and social network. In W. B. Miller and L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Center, 1978.

Glenn, N. D., & Weaver, C. N. A multivariate, multisurvey study of marital happiness. *Journal of Marriage and the Family,* 1978, *40,* 269-282.

Gordon, R., & Gordon, K. Factors in postpartum emotional adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1967, *37,* 359-360.

Grimm, E. R. Psychological and social factors in pregnancy, delivery and outcome. In S. A. Richardson and A. F. Guttmacher (Eds.), *Childbearing – its social and psychological aspects.* Baltimore: Williams and Williams, 1967.

Gronseth, E. Work sharing: A Norwegian example. In R. Rapoport, R. Rapoport, and J. Bumstead (Eds.), *Working couples.* New York: Harper & Row, 1978.

Haller, M., & Rosenmayer, L. The pluridimensionality of work commitment. *Human Relations,* 1971, *24,* 501-518.

Harrell, J. E., & Ridley, C. A. Substitute care, maternal employment, and the quality of mother–child interaction. *Journal of Marriage and the Family,* 1975, *37,* 556-564.

Heckman, N. A., Bryson, R., & Bryson, J. B. Problems of professional couples: A content analysis. *Journal of Marriage and the Family,* 1977, *39,* 323-330.

Heinstein, M. I. Expressed attitudes and feelings of pregnant women and their relations to physical complications of pregnancy. *Merrill–Palmer Quarterly,* 1967, *13,* 217-236.

Herman, J. B., & Gyllstrom, K. K. Working men and women: Inter- and intra-role conflict. *Psychology of Women Quarterly,* 1977, *2,* 319-333.

Hill, R., Foote, N., Aldous, J., Carlson, R., & Macdonald, R. *Family development in three generations: A longitudinal study of changing family patterns of planning and achievement.* Cambridge, Massachusetts: Schenkman, 1970.

Hobbs, D. F. Parenthood as crisis: A third study. *Journal of Marriage and the Family,* 1965, *27,* 367-372.

Hobbs, D. F. Transition to parenthood: A replication and an extension. *Journal of Marriage and the Family,* 1968, *30,* 413-417.

Hobbs, D. F., & Cole, S. P. Transition to parenthood: A decade replication. *Journal of Marriage and the Family,* 1976, *3,* 723-731.

Hock, E. Working and non-working mothers with infants: Perceptions of their careers, their infant's needs, and satisfaction with mothering. *Developmental Psychology,* 1978, *14,* 37-43.

Hock, E. Working and non-working mothers and their infants: A comparative study of maternal caregiving characteristics and infant social behavior. *Merrill–Palmer Quarterly,* 1980, *26,* 79-101.

Hoffman, L. W. Effects of the first child on the woman's role. In W. B. Miller and L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Council, 1978.

Hoffman, L. W., & Nye, F. I. *Working mothers: An evaluative review of the consequences for wife, husband, and child.* San Francisco: Jossey-Bass, 1974.

Holahan, C. K., & Gilbert, L. A. Conflict between major life roles: Women and men in dual career couples. *Human Relations,* 1979, *32,* 451-468.

Jessner, L., Weigert, E., & Foy, J. L. The development of parental attitudes during pregnancy. In J. E. Anthony and T. Benedek (Eds.), *Parenthood: Its psychology and psychopathology.* Boston: Little, Brown, 1970.

Keller, S. *The urban neighborhood.* New York: Random House, 1968.

Kotelchuck, M. The infant's relationship to the father: Experimental evidence. In M.E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development.* New York: Wiley, 1976.

Landis, J., & Landis, M. *Building a successful marriage* (Third edition). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1958.

Landis, J., Poffenberger, T., & Poffenberger, S. The effects of first pregnancy upon the sexual adjustment of 212 couples. *American Sociological Review,* 1950, *15,* 766-772.

Leichter, H. J., & Mitchell, W. E. *Kinship and casework.* New York: Russell Sage Foundation, 1967.

Leifer, M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs,* 1977, *95,* 55-96.

LeMasters, E. E. Parenthood as crisis. *Marriage and Family Living,* 1957, *19,* 352-355.

Loesch, J., & Greenberg, M. Some specific areas of conflict observed during pregnancy. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1962, *32,* 624-643.

Lopata, H. Z. *Occupation: Housewife.* New York: Oxford University Press, 1971.
Lubin, B., Sprague, H. G., & Roth, A. Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine,* 1975, *37,* 136-146.
Oakley, A. *The sociology of housework.* London: Martin Robertson, 1974.
Orden, S. R., & Bradburn, N. M. Working wives and marriage happiness. *American Journal of Sociology,* 1969, *74,* 392-407.
Parke, R. D., Power, T. G., & Gottman, J. Conceptualizing and quantifying influence patterns in the family triad. In M. E. Lamb, S. J. Suomi, & G. R. Stephenson (Eds.), *The study of social interaction: Methodological Issues.* Madison: University of Wisconsin, 1979.
Parke, R. D., Hymel, S., Power, T. G., & Tinsley, B. Fathers and risk: A hospital based model of intervention. In D. Sawin and R. C. Hawkins (Eds.), *Psychosocial risks during pregnancy and early infancy,* 1980.
Pearlin, L. J. Sex roles and depression. In N. Datan & L. H. Ginsberg (Eds.), *Life span developmental psychology: Normative life crises.* New York: Academic Press, 1975.
Rapoport, R., & Rapoport, R. N. *Dual-career families.* Baltimore, Maryland: Penguin, 1971.
Raush, H., Barry, W., Hertel, R., & Swain, M. *Communication, conflict and marriage.* San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
Reiss, P. J. The extended family system: Correlates of and attitudes on frequency of interaction. *Marriage and Family Living,* 1962, *24,* 333-339.
Rendina, I., & Dickerscheid, J. D. Father involvement with first-born infants. *Family Coordinator,* 1976, *25,* 373-379.
Renne, K. S. Correlates of dissatisfaction in marriage. *Journal of Marriage and the Family,* 1970, *32,* 54-67.
Robinson, J. P., Yerby, J., Fieiveger, M., & Somerick, N. Sex-role differences in time use. *Sex Roles,* 1977, *3,* 443-458.
Rollins, B. C., & Collins, K. L. Marital satisfaction over the family life cycle: A re-evaluation. *Journal of Marriage and the Family,* 1974, *36,* 271-282.
Rollins, B. C., & Feldman, H. Marital satisfaction over the family life cycle. *Journal of Marriage and the Family,* 1970, *32,* 20-28.
Rossi, A. S. Transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family,* 1968, *30,* 26-39.
Russell, C. S. Transition to parenthood: Problems and gratifications. *Journal of Marriage and the Family,* 1974, *36,* 294-302.
Ryder, R. G. Longitudinal data relating marriage satisfaction and having a child. *Journal of Marriage and the Family,* 1973, *35,* 604-606.
Shereshefsky, P. M., & Yarrow, L. J. *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation.* New York: Raven Press, 1973.
Shereshefsky, P. M., Plotsky, H., & Lockman, R. T. Pregnancy adaptation. In P. M. Shereshefsky and L. J. Yarrow (Eds.), *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation.* New York: Raven Press, 1973.
Shulman, N. Life-cycle variations in patterns of close relationships. *Journal of Marriage and the Family,* 1975, *37,* 813-821.
Silverman, A., & Silverman, A. *The case against having children.* New York: David McKay Co., 1971.
Spanier, G. B., Lewis, R. A., & Cole, C. L. Marital adjustment over the family life cycle: The issue of curvilinearity. *Journal of Marriage and the Family,* 1975, *37,* 263-275.
St. John-Parsons, D. Continuous dual-career families. *Psychology of Women Quarterly,* 1978, *3,* 30-42.
Stafford, R., Backman, E., & diBona, P. The division of labor among cohabiting and married couples. *Journal of Marriage and the Family,* 1977, *39,* 43-57.
Sussman, M. B. The help pattern in the middle-class family. *American Sociological Review,* 1953, *18,* 22-28.
Sussman, M. B. The isolated nuclear family: Fact or fiction. *Social Problems,* 1959, *6,* 333-340.
Walker, K. E. Time spent in household work by homemakers. *Family Economics Review,* 1969, *3,* 5-6.
Walker, K. E. Time spent by husbands in household work. *Family Economics Review,* 1970, *4,* 8-11.

Wente, A. S., & Crockenberg, S. B. Transition to fatherhood: Lamaze preparation, adjustment difficulty and the husband–wife relationship. *The Family Coordinator,* 1976, *25,* 351-357.

Wright, J. D. Are working women really more satisfied? Evidence from several national surveys. *Journal of Marriage and the Family,* 1978, *40,* 301-314.

Yalmon, I. D., Lunde, D. T., Moos, R. H., & Hamburg, D. A. "Postpartum blues" syndrome: A description and related variables. *Archives of General Psychiatry,* 1968, *18,* 16-27.

Yarrow, M. R., Scott, P., DeLeeuw, L., & Heinig, C. Child-rearing in families of working and non-working mothers. *Sociometry,* 1962, *25,* 122-140.

Young, M., & Willmott, P. *Family and kinship in East London.* London: Penguin, 1957.

she adds.

Investigators analyzed the fatigue scores. The higher a person's fatigue score, from a zero to 10 scale, the more intensely they're experiencing fatigue. They compared these scores with the other measurements to determine correlations.

"So if you have a high score on the anxiety scale and the fatigue scale, then that's a strong correlation," Barroso says.

Complementary maladies

The HIV patients who had the highest fatigue scores specifically scored high on depression, anxiety, and stressful life events, she says.

"In our sample there was as an extraordinarily high amount of childhood trauma and adult trauma, as well," Barroso says. "We do a very intense stress of life interview, and they fill out a questionnaire before the visit, and our research coordinator interviews them about these answers."

Of all of the variables, the main predictor of increased fatigue was a person having had a stressful life event in the previous six months, and this also led to people being depressed and anxious, Barroso explains.

Investigators even looked at the use of antidepressants and found that fatigue scores were the same whether or not their depression was treated, she adds.

"You might get some reduction in the depressive symptoms, but you don't necessarily get a reduction in the fatigue, as well," Barroso says.

Starting in January, 2010, investigators will implement a cognitive behavioral stress management intervention that is directed at stress management and teaching HIV patients better coping skills.

"We hope that since stress is the primary predictor we can reduce fatigue with this intervention," Barroso says. "These people have such trauma in their lives they need counseling and not just an antidepressant."

The fatigue research suggests that clinicians should consider psychosocial issues, especially stressful live events, as causes of fatigue once they've ruled out physiological factors, Barroso says.

"You should check for anemia and low testosterone in men, which are the two most common causes of fatigue that are physiologically based," she says. "But if you don't see anything beyond those two, then you don't need to go on a search."

Also, Barroso suggests that clinicians avoid giving patients platitudes about how their CD4 cell counts are up, their viral loads are down, and so they should feel fine or, even worse, that they should just take a nap.

Instead, clinicians should ask patients about their fatigue and to try to determine when they feel better and when the fatigue is worse, Barroso says.

"Some people will feel better in the morning, but hit a wall in the afternoon," she says. "The other thing we know from looking at our data is the most fatigued 20% stayed the most fatigued with no variability, while the middle group bumped around a little."

This means a patient with severe fatigue won't spontaneously get better, and the literature suggests fatigue likely will impact their adherence to treatment, Barroso says.

HIV clinics that have social workers and other psychosocial support should make sure severely fatigued patients receive these services, particularly when patients report having had traumatic life events, including sexual abuse, she adds.

"Some of these patients have had horrible life situations, and many did not have the parenting they needed to teach them how to cope with stress," Barroso says. ■

ADHERENCE STRATEGIES

Social support research provides clues to possible adherence strategies

Study looks at its impact

HIV clinicians often work with patients who have such an overwhelming number of barriers to optimal treatment adherence that it's difficult to know where an adherence intervention should begin.

There are issues of homelessness, substance use, mental illness, stigma, drug side effects, etc. Primary care physicians will see the chief problem as being one particular barrier, while special-

ists and case managers might think a different problem should be targeted.

Now at least one researcher who approaches treatment adherence from the perspective of a nurse believes the best possible intervention will incorporate a variety of disciplines and approaches in one package.

"I remember having a few conversations with the medical director, saying, 'What you need in a program like this is a theoretical approach that different disciplines can agree on and to approach care from this perspective,'" says **Donald Gardenier**, DNP, FNP-BC, a nurse practitioner, assistant professor, and clinical program director in the division of general internal medicine at Mount Sinai School of Medicine in New York, NY.

"That's not an unusual approach for a nurse, but the medical director being a physician was intrigued and unfamiliar with this," Gardenier recalls. "So I dove into this a little bit further and came up with a social support theory as a way to contextualize care in this setting."

Gardenier's work has led to research into an adherence intervention approach for HIV-infected patients who qualify for enhanced services based on one or more threats to optimal adherence or health outcomes in terms of their HIV disease.

"These can be multiple medical problems, decreased social support based on family systems, homelessness, incarceration, and almost all of them have at least one psychiatric diagnoses and substance use issues — either currently or in the past," Gardenier says.

The patients attend an AIDS day health care (ADHC) program to which they are referred by providers based on their need for psychiatric services.

"The services are based on the statistical or evidence-driven needs of people with HIV, including housing services and nutrition services," Gardenier says. "These are in addition to being basically a psychiatric day treatment program with onsite primary care."

Gardenier first studied the ADHC's population, comparing patients' participation and reported adherence and measured social support.[1]

"I used the Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987), which was uniquely suited to this population," Gardenier says. "So it seemed to me in looking at it as a nurse that different disciplines could look at different aspects of social support and design different interventions around them."

It's not as useful to ask clients if they have social support because clients might list having a spouse, although their mate is not socially supportive or they might not think to mention the social support they receive from peers in the day program, he explains.

"Some studies say it doesn't matter where you get social support so long as you're getting it," Gardenier adds.

In the Social Provisions Scale, social support is measured with 24 items, divided between six subscales, including these: reliable alliance, attachment, guidance, nurturance, social integration, and reassurance of worth.

Reliable alliance and guidance are the types of support an HIV patient might receive from the medical professionals who help him or her, Gardenier says.

The more emotional support provisions involve attachment, nurturance, social integration, and reassurance of worth, he adds.

"Attachment is the closeness and intimacy that fosters a sense of security," Gardenier says. "Social integration is a sense of belonging to a group with similar interests and concerns."

HIV patients who experience reassurance of worth are given recognition of their abilities and competence, and nurturance is the feeling that one is needed by others, he adds.

When Gardenier measured social support among the ADHC population, he found that the highest social support scores were among the instrumental provisions of reliable alliance and guidance.

"This was not a surprise because people are in this intensive program, receiving guidance," he says. "And among the emotional provisions, the highest scores were in social integration, which is belonging in a group and also was not a surprise."

The HIV clients reported the lowest social support in the area of nurturance, suggesting they did not feel needed, he says.

"If you think about how someone experiences life during and after substance use, I think it's fairly common in the pathology of substance use to find that people who otherwise rely on you learn not to," Gardenier says. "So even when you go through a recovery period, you lack this social support."

HIV patients struggle with the feelings that they're unneeded, but this also is a social support that a comprehensive HIV/AIDS program can foster, he notes.

"We had one man in the program that really had his life together, and he came to the day program every day for years, participating in all the groups," Gardenier recalls. "He had a key spot in social integration in the place, and you had to ask what he was doing there because he had his life together."

The answer was that the man showed up each day because he felt needed, and so his attendance fostered the experience of nurturance, he adds.

"Once I saw the limitations of what I could do in correlating social support and adherence in using this instrument, there was more than enough material to use and apply toward the design of an intervention," Gardenier says.

There's considerable potential for such an adherence intervention, he notes.

"I can see how a case manager would look at this and see how to teach services to clients, who could then provide services for each other," Gardenier explains. "For example, a peer could lead an HIV group, and then you'd re-measure adherence and see how that has changed with the peer."

Reference

1. Gardenier D, Andrews CM, Thomas DC, et al. Social support and adherence: differences among clients in an AIDS Day Health Care program. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009; E-publication. ■

Detecting highly transmissible acute HIV

CDC: NY success may lead to national effort

Screening STD clinic patients — especially men who have sex with men (MSM) — for signs of an acute, highly transmissable stage of HIV infection could heighten detection and prevention efforts, the Centers for Disease Control and Prevention. "Surveillance for acute human immunodeficiency virus (AHI) is feasible and can identify circumstances in which HIV prevention efforts should be intensified," the CDC emphasized in a recently published report.1 CDC is considering a national AHI case definition for use in national HIV surveillance to identify areas or populations in which HIV infection is spreading, and for assessing new methods for AHI screening.

(AHI) is a highly infectious phase of disease that lasts approximately two months and is characterized by nonspecific clinical symptoms. AHI contributes disproportionately to HIV transmission because it is associated with a high level of viremia, despite negative or indeterminate antibody (Ab) tests. Diagnosis of AHI with individual or pooled nucleic acid amplification tests (p-NAAT) can enable infected persons to adopt behaviors that reduce HIV transmission, facilitate partner referral for counseling and testing, and identify social networks of persons with elevated rates of HIV transmission. Unfortunately, the national HIV surveillance case definition does not distinguish AHI from other stages of HIV infection, and the frequency of AHI among reported HIV cases is unknown.

In 2008, to increase detection of AHI and demonstrate the feasibility of AHI surveillance, the New York City Department of Health and Mental Hygiene (NYC DOHMH) initiated p-NAAT screening at four sexually transmitted disease (STD) clinics and enhanced citywide HIV surveillance (using a standard case definition) to differentiate AHI among newly reported cases. Seventy cases of AHI (representing 1.9% of all 3,635 HIV diagnoses reported in New York City) were identified: 53 cases from enhanced surveillance and 17 cases from p-NAAT screening (representing 9% of 198 HIV diagnoses at the four clinics). Men who have sex with men (MSM) constituted 81% of AHI cases.

"The findings in this report confirm that p-NAAT can increase AHI diagnoses among high-risk STD clinic patients, and indicate that AHI diagnoses can be made apart from p-NAAT screening programs," the CDC concluded.

The 70 AHI cases identified by NYC DOHMH represent a fraction of the 4,762 new infections previously estimated to occur annually in New York City, highlighting the need to improve awareness and detection of AHI. Notably, 81% of AHI cases identified in New York City were among MSM, reflecting the high HIV incidence in MSM and demonstrating the risk for missed diagnoses when HIV-Ab testing alone is used in a high-risk, high-incidence population. Without p-NAAT screening, 9% of the HIV infections documented by the four STD clinics during the screening period would have been missed. However, because HIV RNA is not detectable for approximately 10 days after infection), even NAAT will not identify all infected persons. The

Copyright of AIDS Alert is the property of AHC Media LLC and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Anexo 3- Manual "Suporte Social para a Promoção do Papel Parental"

2010

Suporte Social para a Promoção do Papel Parental



Magda Lemos Fachadas

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA…… **3**
2. INTRODUÇÃO AO SUPORTE SOCIAL…… **4**
3. IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL…… **7**
   3.1. Suporte Emocional…… **10**
   3.2. Suporte Informativo…… **13**
   3.3. Suporte Instrumental…… **16**
4. NOTA CONCLUSIVA…… **34**
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS…… **35**

ANEXOS

Anexo 1- Estudo de Caso "Um olhar sobre o papel parental no recém-nascido…….. **37**
Anexo 2- Guias de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa da Caparica…….. **38**
Anexo 3- Regime especial de protecção de crianças e jovens com doença oncológica. **39**
Anexo 4- Protecção social na parentalidade…… **40**
Anexo 5- Textos de apoio…….. **41**

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente manual foi realizado no âmbito do Módulo I da Unidade Curricular Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Os objectivos definidos para este módulo foram:

- Desenvolver competências a nível da intervenção em cuidados de saúde primários, nomeadamente no contexto da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, para a assistência de enfermagem à criança/jovem e família;
- Contribuir para a promoção do papel parental através do suporte social, no contexto da comunidade.

Este manual surgiu como forma de dar resposta a uma necessidade da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados identificada no diagnóstico de situação, relativamente aos conceitos e noções do suporte social associado à promoção do papel parental.

Desta forma, este manual está organizado em cinco capítulos, em que após uma breve nota introdutória, são clarificados alguns termos de suporte social e a evolução que este conceito teve ao longo do tempo. No capítulo seguinte é abordada a importância que o suporte social tem como intervenção de enfermagem para a promoção do papel parental, clarificando igualmente as três vertentes do suporte social, bem como algumas estratégias e recursos que a equipa de enfermagem pode utilizar em cada uma delas na promoção do papel parental. No penúltimo capítulo é apresentada uma breve nota conclusiva, seguindo-se os recursos bibliográficos utilizados para fundamentar este guia.

Pretende-se que manual seja um instrumento de consulta para a equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa da Caparica, no que diz respeito à temática abordada, e que possa de forma dinâmica ser actualizado de acordo com as necessidades que a equipa constate.

2. INTRODUÇÃO AO SUPORTE SOCIAL

A história do suporte social e dos seus conceitos é relativamente recente, no entanto, já envolve dois períodos. O primeiro decorre desde o início do século XX até aos anos sessenta, que inclui contribuições de estudos realizados na área da psicologia e da sociologia. O segundo período diz respeito às origens do movimento comunitário, onde se começou a estabelecer a relação dos laços sociais com a saúde (NUNES, 2005).

A conceptualização do apoio social reveste-se de uma grande complexidade, tal como a sua operacionalização. Existem inúmeros autores que contribuíram para a definição do conceito.

Actualmente, é consensual que o suporte social deve ser percepcionado como uma experiência pessoal e não como uma composição objectiva de trocas e interacções (PAIS-RIBEIRO, et al., 2003).

Uma definição que vai ao encontro desta conjectura é a que Pais-Ribeiro (1999) refere, citando Sarason (1983) definindo suporte social como "*a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*" (PAIS-RIBEIRO, 1999 p. 547).

Este é o conceito do suporte social percebido, uma vez que faz referência à avaliação que o indivíduo faz a nível dos diferentes domínios da sua vida e da disponibilidade que os outros demonstram, caso deles necessite (PAIS-RIBEIRO, et al., 2003).

Dunst e Trivette (1990) também abordados por Pais-Ribeiro (1999) referem que suporte social são os recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (por exemplo, a família) em resposta aos pedidos de assistência.

É vasto o corpo de evidência relativo à existência de uma relação entre o suporte social e as suas vantagens perante uma série de medidas dependentes,

> *"… **a saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar** (Emmons & Colby, 1995; Pierce, Sarason, Poter III, & Antoni, 1985), **satisfação com a vida** (Sarason et al, 1983), **longevidade e mortalidade** (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell, & Hamovitch, 1992; Hanson, Isacsson, Janzon, & Lindell, 1989), **queixas somáticas** (Ganster, Fusilier, & Mayes, 1986; Peplau 1985), **resistência a doenças** (Cohen, 1988), **protecção para indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais** (Kessler et al., 1985; Ornelas, 1996), **psicopatologia** (Kessler et al., 1985) e **distress psicológico** (Heller, 1979; House, 1981; Peplau, 1985; Thoits, 1985)."* (PAIS-RIBEIRO, et al., 2003 p. 22).

Actualmente, esta temática do suporte social continua a suscitar o interesse de diferentes áreas de investigação, entre elas a Enfermagem.

Os cuidados de enfermagem à Família, tem como pressuposto o cuidado à família no seu contexto cultural e nas suas diversidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais.

Desta forma,

> "*o cuidado visa a promoção da saúde da família, fortalecendo seus mecanismos de enfrentamento, conferindo autonomia por meio do esclarecimento e proporcionando bem-estar, qualidade de vida não idealizada, porém, dentro das suas condições de existência*" (PEDRO, et al., 2008 p. 326).

Existem vários tipos de suporte social que influenciam a promoção da saúde da família,

> "*A religião fornece suporte incentivando práticas, valores, socialização e comportamentos saudáveis; a cultura influencia directamente as pessoas, pelas crenças, valores, normas, linguagem e comportamentos típicos dos indivíduos. As questões socioeconómicas trazem um grande impacto na promoção da saúde, pois estão ligadas directamente à disponibilidade de recursos. As políticas locais e globais são importantes, pois os programas governamentais fornecem apoio para as famílias*" (DIAS, et al., 2007 p. 689).

Com isto, o suporte social entende-se, por uma rede de apoios que vão desde a família, amigos ou vizinhos, até apoios mais formais, como instituições, serviços sociais, hospitais ou creches.

Barrón (1996) abordado por Martins, sugere uma perspectiva funcional do suporte social que é constituído por três níveis, o suporte formativo, o suporte instrumental e o suporte emocional (MARTINS, 2005).

Quanto ao suporte formativo, define-se como o processo através do qual as pessoas recebem informação e orientações que as ajuda a compreender o seu mundo e as mudanças que nele ocorrem (MARTINS, 2005). Neste âmbito importa intervir, promovendo o papel parental, no sentido da promoção da autonomia e poder de decisão acerca dos recursos internos e externos, disponíveis para dar resposta às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/ jovem, e das transições saúde/ doença.

O suporte instrumental baseia-se nas acções e materiais proporcionados por outros, que resolvem problemas práticos e facilitam a realização de tarefas quotidianas, como por exemplo, os recursos (legislação, família, segurança social, associações e instituições de apoio, infantários) e acessibilidades existentes e disponíveis. Contudo este suporte só é efectivo quando quem o recebe percepciona a ajuda como apropriada (MARTINS, 2005).

O suporte emocional diz respeito aos comportamentos e relações que originam sentimentos de bem-estar afectivo e psicológico, fazendo com que a pessoa se sinta considerada, respeitada e querida (MARTINS, 2005).

Normalmente, a família constitui a principal fonte de suporte social, uma vez que entre si fornecem apoio emocional e instrumental,

> *"(…) apoio emocional porque disponibilizam tempo, compartilham as vivências quotidianas, preocupações e emoções, oferecem carinho e afecto (…) apoio instrumental porque oferecem provisão de bens, dinheiro e trabalho (…) ajudam nas tarefas domésticas, educação de filhos e contribuem com bens materiais no sustento da família*" (DIAS, et al., 2007 p. 692).

3. IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL NA PROMOÇÃO DO PAPEL PARENTAL

A família é considerada a unidade básica da sociedade e local singular para se proporcionar o cuidado, a educação e a segurança às crianças, bem como facilitadora do processo de desenvolvimento e realização pessoal dos seus membros.

De igual modo Vieira defende que,

> "*A família é o grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados*" (VIEIRA, 2008 p. 83).

Neste sentido, é pertinente introduzir o conceito de papel parental, que segundo a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem,

> *"é um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos mesmos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente*." (CIPE, 2006 p. 68).

A promoção do papel parental surge então como uma medida que promove a interacção dos pais de acordo com as responsabilidades parentais, de forma a garantir o crescimento e desenvolvimento do seu filho.

Contudo, este processo pode ser perturbado por fenómenos normativos e não normativos. Nas situações em que os pais são confrontados com situações de mudança, há que melhorar o seu nível de informação, aumentando as suas competências no acesso aos recursos disponíveis da comunidade, promovendo o funcionamento familiar.

Isto porque, ninguém se encontra preparado para assumir o papel parental de uma criança cuja vida foi abruptamente assolada por uma doença. Estas situações implicam um esforço de adaptação e reorganização do sistema familiar, para enfrentar este fenómeno (COUTINHO, 2004).

Estes processos que exigem uma adaptação surgem não só quando há necessidade de cuidados de saúde cujo foco seja a doença, mas também quando exigem necessidades de cuidados que apontam para o apoio nos processos de transição normativos que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/jovem.

Perante alterações na vida, saúde, relações e ambiente de uma pessoa ou família, há a necessidade de incorporar um novo conhecimento, no sentido de modificar os comportamentos e consequentemente definir um novo *self* no contexto social, nomeadamente no período em que ocorre a transição de estado (MELEIS, et al., 1986).

Perante estes processos de transição, é importante que a família possa desempenhar o seu papel de forma autónoma, mas para isso é necessário conhecer os recursos que a comunidade tem para oferecer às famílias de forma a adequarem os processos de aprendizagem que permitam a aquisição de competências para cuidarem das suas crianças doentes ou saudáveis.

A identificação desses apoios possibilita a sua utilização como um recurso no cuidado, facilitando a parceria entre a equipa de saúde e a família na atenção à criança/jovem a necessitar de cuidados.

Um dos instrumentos que permite essa identificação do suporte social é o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIREDO, 2009), aplicado no estudo de caso apresentado em anexo (Anexo 1).

Através da aplicação de instrumentos de avaliação familiar é possível, mediante as informações e as vivências familiares, conhecer os seus recursos, a sua rede de apoio social, e compreender as relações e vínculos existentes entre eles (LAVALL, et al., 2009).

Para Viera et al (2010) existe uma diferença entre a rede social e o suporte social. A rede social refere-se a todo o conjunto de instituições que estão relacionadas com a família, ou seja, os vizinhos, a escola, a igreja, o sistema de saúde. Contudo, o suporte social refere-se numa dimensão mais pessoal, aos elementos que constituem a rede social, mas com os quais a família está directamente mais ligada no seu quotidiano (Viera, et al., 2010).

As autoras referem igualmente que: "*esse apoio e a rede social auxiliam no fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, actuando na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de agravos à saúde e também na recuperação da saúde"* (Viera, et al., 2010 p. 12).

Fazendo referência a Piertrukowicz (2001) as autoras referem ainda que o suporte social é encarado como,

> "*um processo de interacção entre pessoas ou grupos de pessoas, que por meio do contacto sistemático estabelecem vínculos de amizades e de informação, recebendo apoio material, emocional, afectivo, contribuindo para o bem-estar recíproco e construindo factores positivos na prevenção e manutenção da saúde. O apoio social realça o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de situações quotidianas em momento de crise*" (Viera, et al., 2010 p. 12).

Estes momentos de crise encontram-se associados às transições normativas ou não normativas já referidas acima e que pressupõem uma adaptação, para a qual são necessários recursos que o suporte social pode oferecer.

Considerando as três vertentes do suporte social (emocional, instrumental e informativo), a Enfermagem pode auxiliar as famílias na mobilização e rentabilização destes recursos, fornecendo os instrumentos necessários para a aquisição de competências parentais, que permitam a tomada de decisão segura e autónoma nos cuidados ao seu filho.

Nos próximos sub-capítulos serão abordadas algumas estratégias e recursos que as equipas de enfermagem se poderão socorrer nas três variantes do suporte social, de forma a auxiliar as famílias que dele necessitam.

3.1. ***Suporte Emocional***

O suporte emocional consiste nos comportamentos e relações que originam sentimentos de bem-estar afectivo e psicológico, contribuindo para que a pessoa se sinta considerada, respeitada e querida (MARTINS, 2005).

Também Guadalupe (2008) caracteriza o suporte emocional por trocas que englobam atitudes emocionais positivas,

> *"Poder contar com a disponibilidade do outro indica ao sujeito que tem pessoas que lhe podem transmitir carinho e sentimentos de segurança. Este tipo de apoio pressupõe a existência de relações de uma certa intimidade e proximidade, que se encontram geralmente nas relações de amizade e familiares (…)"* (GUADALUPE, 2008 p. 84).

Dias (2007) reforça a ideia de que a família é considerada a principal fonte de suporte emocional, "*(…) porque disponibilizam tempo, compartilham as vivências quotidianas, preocupações e emoções, oferecem carinho e afecto (…)"* (DIAS, et al., 2007 p. 692).

Contudo, há famílias que também vêem nos enfermeiros a sua fonte de suporte emocional, como transmissores de segurança e de subsídios que as capacitam para enfrentar as mudanças impostas nas suas vidas (PHANEUF, 2005).

Neste sentido, é essencial que o apoio emocional que os profissionais de enfermagem proporcionam seja com base numa relação de confiança, ajuda e empatia.

> *"O estabelecimento desta relação feita de escuta e de compreensão é (…) uma dádiva da enfermeira para a pessoa cuidada para a ajudar a ultrapassar as suas dificuldades. (…) é portadora de alívio da ansiedade, de libertação de certas emoções, de serenidade e de amor pelo outro."* (PHANEUF, 2005 p. 322).

Com esta relação pretende-se fornecer suporte emocional, de forma a dar resposta às situações de ansiedade, stress, medo, sentimentos de impotência e de culpabilidade (PHANEUF, 2005).

Relativamente ao suporte emocional às famílias, a autora refere que,

> *"É preciso colocarmo-nos no seu lugar, o que é próprio da empatia e compreender a sua confusão. Não é muitas vezes nem muito longo nem muito difícil falar-lhes para os encorajar, para lhes pedir para explicarem como vivem esta situação, para ver do seu conforto ou para lhes proporcionar um pouco de repouso (…) Nós não temos que julgar; o nosso papel é somente de os escutar, de compreender o seu sofrimento, a sua inquietude ou a sua frustração e de os ajudar a exprimi-las, de os esclarecer sobre a situação (…)"* (PHANEUF, 2005 p. 462)

Para o estabelecimento destes encontros terapêuticos com os pais é importante, que a enfermeira crie inicialmente uma relação de confiança, uma vez que "*ajuda a pessoa a descobrir-se, a fazer uma representação clara da sua dificuldade e a reorientar-se para pistas*

de soluções ou vias de mudança de acordo com as suas possibilidades" (PHANEUF, 2005 p. 323).

A relação de ajuda, como aliança terapêutica é um processo gradual e pertinente como estratégia de intervenção no contexto do suporte emocional.

A relação de ajuda visa desta forma, uma caminhada para a autonomia, para o *empowerment* e para a promoção do papel parental.

3.2. ***Suporte Informativo***

O suporte informativo é um processo através do qual as pessoas recebem informação e orientações que as auxilia na compreensão do seu mundo e as mudanças que nele ocorrem (MARTINS, 2005).

Neste âmbito importa intervir, promovendo o papel parental, no sentido da promoção da autonomia e poder de decisão acerca dos recursos internos e externos, disponíveis para dar resposta às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/jovem, e às transições saúde/doença.

Num estudo levado a cabo para compreender o suporte social que mães de crianças com deficiência identificam e acedem, percebeu-se que o suporte informacional era de extrema importância, na medida em que fornecia esclarecimentos acerca das condições dos filhos (BARBOSA, et al., 2009).

Os profissionais foram identificados como detentores de todo o conhecimento necessário para as ajudar na prestação de cuidados ao filho com deficiência, contribuindo para *"…que se sinta mais segura e respeitada em seu papel de mãe e cuidadora, e ainda possibilitar-lhe tirar as dúvidas que surgem no quotidiano de cuidados…*" (BARBOSA, et al., 2009 p. 409).

Neste contexto é pertinente introduzir o conceito de educação para a saúde, que citando Tones e Tilford (1994) Carvalho (2006) refere que,

> *"Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença […], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida"* (CARVALHO, et al., 2006 p. 21).

A educação para a saúde é parte integrante da Enfermagem, e nela "*os enfermeiros comungam da opinião de que as pessoas afectadas por uma decisão têm de fazer parte desse processo que conduz à tomada de decisão, e procuram transportar este princípio para a sua prática de cuidados"* (RODRIGUES, et al., 2005 p. 75).

Phaneuf (2005) refere igualmente que os cuidados de enfermagem firmam-se na ajuda às pessoas e grupos que necessitam a aquisição de ferramentas, para a tomada de responsabilidade do seu próprio bem-estar.

"*O conhecimento é libertador, diz-se; deve libertar o doente da sua dependência em relação ao outro e permitir-lhe a sua evolução em direcção à autonomia e à tomada a cargo da sua pessoa*" (PHANEUF, 2005 p. 274).

Os cuidados de enfermagem em Pediatria têm por foco de atenção a criança/jovem e família, com vista a estabelecer um processo de parceria de cuidados. Desta forma, é suposto que o enfermeiro eduque adequando os seus conhecimentos às capacidades das famílias, de forma a promover a sua autonomia.

Também Rodrigues et al. (2005) considera como fundamental a adequação dos ensinos aos educandos, para que estes desenvolvam conhecimentos, competências e habilidades, que os capacite a tomar decisões autónomas relacionadas com a saúde.

Outro factor igualmente importante é proporcionar recursos educativos para potenciar os subsídios fornecidos pelas orientações dos profissionais.

Moreira et al (2005) defende que "*O processo de aquisição e aprofundamento de conhecimentos, de domínio de habilidades e de tomada de decisão é facilitado, entre outros recursos, pela utilização de material impresso*." (MOREIRA, et al., 2005).

Desta forma, os instrumentos escritos facilitam o processo educativo e o suporte informativo, na medida em que oferece ao destinatário do ensino a possibilidade de uma leitura aprofundada, superando possíveis dúvidas e incertezas através do processo de descodificação e de rememorização (MOREIRA, et al., 2005).

A título exemplificativo, encontra-se disponível em anexo os Guias de Acolhimento elaborados para colmatar a necessidade de fornecer suporte informativo, aos pais e família que se deslocam a esta instituição com a sua criança, relativo aos procedimentos a tomar nas diferentes valências da Saúde Infantil e Juvenil. (Anexo2)

3.3. ***Suporte Instrumental***

O suporte instrumental também por vezes denominado de *operacional*, refere-se à disponibilização de ajuda que auxilie a pessoa na gestão de situações práticas ou operacionais do quotidiano. Por exemplo, apoio material, monetário, ou nas variadas actividades do dia-a-dia.

Igualmente, o suporte instrumental baseia-se nas acções e materiais proporcionados por outros, que resolvem problemas práticos e facilitam a realização de tarefas quotidianas, como por exemplo, os recursos (legislação, família, segurança social, associações e instituições de apoio, infantários, igreja, vizinhos) e acessibilidades existentes e disponíveis. Contudo este suporte só é efectivo quando quem o recebe percepciona a ajuda como apropriada e vantajosa (MARTINS, 2005).

Desta forma, segue-se a apresentação de alguns dos recursos disponíveis na nossa sociedade fornecedores deste tipo de suporte. Deixando de igual modo o desafio de se dar continuidade à compilação dos mesmos.

Legislação, Direitos e Deveres

Declaração dos Direitos da Criança

A Convenção sobre os Direitos da Criança foi adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

PRINCÍPIO 1.º

A criança gozará dos direitos enunciados nesta Declaração. Estes direitos serão reconhecidos a todas as crianças sem descriminação de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou outra da criança, ou da sua família, da sua origem nacional ou social, fortuna, nascimento ou de qualquer outra situação.

PRINCÍPIO 2º

A criança gozará protecção social e ser-lhe-ão proporcionadas oportunidade e facilidades, por lei e por outros meios, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade. Na instituição das leis visando este objectivo levar-se-ão em conta sobretudo, os melhores interesses da criança.

PRINCÍPIO 3º

Desde o nascimento, toda criança terá direito a um nome e a uma nacionalidade.

PRINCÍPIO 4º

A criança gozará os benefícios da previdência social. Terá direito a crescer e criar-se com saúde; para isto, tanto à criança como à mãe, serão proporcionados cuidados e protecção especiais, inclusive adequados cuidados pré e pós-natais. A criança terá direito a alimentação, recreação e assistência médica adequadas.

PRINCÍPIO 5º

À criança incapacitada física, mental ou socialmente serão proporcionados o tratamento, a educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição peculiar.

PRINCÍPIO 6º

Para o desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, a criança precisa de amor e compreensão. Criar-se-à, sempre que possível, aos cuidados e sob a responsabilidade dos pais e, em qualquer hipótese, num ambiente de afecto e de segurança moral e material, salvo circunstâncias excepcionais, a criança da tenra idade não será apartada da mãe. À sociedade e às autoridades públicas caberá a obrigação de propiciar cuidados especiais às

crianças sem família e aquelas que carecem de meios adequados de subsistência. É desejável a prestação de ajuda oficial e de outra natureza em prol da manutenção dos filhos de famílias numerosas.

PRINCÍPIO 7º

A criança terá direito a receber educação, que será gratuita e compulsória pelo menos no grau primário.

Ser-lhe-á propiciada uma educação capaz de promover a sua cultura geral e capacitá-la a, em condições de iguais oportunidades, desenvolver as suas aptidões, sua capacidade de emitir juízo e seu senso de responsabilidade moral e social, e a tornar-se um membro útil da sociedade.

Os melhores interesses da criança serão a directriz a nortear os responsáveis pela sua educação e orientação; esta responsabilidade cabe, em primeiro lugar, aos pais.

A criança terá ampla oportunidade para brincar e divertir-se, visando os propósitos mesmos da sua educação; a sociedade e as autoridades públicas empenhar-se-ão em promover o gozo deste direito.

PRINCÍPIO 8º

A criança figurará, em quaisquer circunstâncias, entre os primeiros a receber protecção e socorro.

PRINCÍPIO 9º

A criança gozará protecção contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração. Não será jamais objecto de tráfico, sob qualquer forma.

Não será permitido à criança empregar-se antes da idade mínima conveniente; de nenhuma forma será levada a ou ser-lhe-á permitido empenhar-se em qualquer ocupação ou emprego que lhe prejudique a saúde ou a educação ou que interfira em seu desenvolvimento físico, mental ou moral.

PRINCÍPIO 10º

A criança gozará protecção contra actos que possam suscitar discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza. Criar-se-á num ambiente de compreensão, de tolerância, de amizade entre os povos, de paz e de fraternidade universal e em plena consciência que seu esforço e aptidão devem ser postos a serviço de seus semelhantes.

Carta da Criança Hospitalizada

Esta carta foi preparada por várias associações em 1988, em Leiden.

1. A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.
2. Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

3. Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro o perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.
4. As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.
5. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.
6. As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.
7. O Hospital deve oferecer às crianças em ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.
8. A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.
9. A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.
10. A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.

Carta dos Direitos da Criança e Adolescente Diabéticos

Autoria: Professor Doutor Amilcar Mota

1. Devem ser sujeitos a internamento hospitalar apenas se os cuidados necessários à situação clínica não poderem ser prestados no domicílio, em consulta externa ou hospital de dia.
2. Devem, caso sejam sujeitos a internamento hospitalar, ter junto de si os pais ou seus substitutos, na medida do possível, de forma a não perturbar as intervenções terapêuticas.
3. Devem ter acesso a uma informação e educação adequadas sobre a doença e seu tratamento, tal como os pais ou seus substitutos, a fim de poderem participar nos cuidados e decisões que lhes digam respeito.
4. Devem beneficiar, em todas as circunstâncias, da obtenção gratuita e/ou facilitada de insulina, medicamentos, materiais e dispositivos necessários para tratamento e vigilância da doença.

5. Devem dispor, na escola, nas consultas e no internamento, dum ambiente adequado e seguro, com recursos humanos e equipamento que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas.
6. Devem, em todas as circunstâncias, ser atendidos pelos membros duma equipa multidisciplinar de tratamento com compreensão e respeito pela sua privacidade física e psíquica.
7. Devem, para além de acompanhados pela equipa de tratamento, ter acesso a apoios especializados que assegurem a continuidade dos cuidados e a resposta às necessidades médicas, emocionais e sociais.
8. Devem poder desenvolver todas as suas potencialidade, sem sobreprotecção ou segregação, nomeadamente participar em actividades escolares e desportivas, cabendo aos professores ou monitores ter conhecimento básico das situações que os pode afectar, em especial a hipoglicémia.
9. Devem, em caso de transferência para outra equipa de tratamento, poder beneficiar duma transição programada e personalizada que garanta a qualidade e continuidade assistencial.
10. Devem poder integrar-se na vida da comunidade e ser encorajados a aderir a Associações de Diabéticos, para participarem em actividades culturais e lúdicas, especialmente Campos de Férias.

Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente Relativamente à Pediatria Ambulatória

Congresso SEPA-ESAP 2003- Comité de Ética

Todas as crianças e adolescentes, sem distinção de etnia, género, cultura, religião, nacionalidade, classe social, incapacidade física ou mental, têm direito a :

1. Receber cuidados primários ou de ambulatório prestados por médicos (idealmente especializados em pediatria) competentes em crescimento, desenvolvimento, medicina preventiva para esta faixa etária, em particular, e na gestão das doenças agudas e crónicas, tanto as somáticas como as de carácter psicossocial. Os médicos (idealmente pediatras) envolvidos nos cuidados de pediatria ambulatória devem também desempenhar o papel de defensores das crianças e dos adolescentes em todas as questões relacionadas com a saúde.
2. Beneficiar de programas de vigilância de saúde e da implementação de todas as recomendações da medicina preventiva. Terá particular interesse neste caso a realização de exames de saúde regulares a fim de acompanhar o crescimento, o desenvolvimento psicomotor e sensorial, a adaptação escolar e social e o comportamento em geral, assim como a implementação do plano de imunização. Estes programas deverão incluir a educação para a saúde tanto dos pacientes como das suas famílias.

3. Receber o tipo de cuidados que apoie as relações afectivas entre os membros da família, que esteja atento ao bom funcionamento da família, aos seus traços culturais e estilo de vida, e preste o necessário aconselhamento aos pais sobre a forma de alterarem quaisquer práticas que possam pôr em causa a saúde da criança.
4. Receber cuidados de ambulatório que tomem o tempo suficiente para cada paciente e para uma escuta activa, num ambiente adequado a cada faixa etária. Os médicos devem lutar para condições favoráveis ao estabelecimento de relações empáticas com o paciente e a sua família, evitando situações susceptíveis de provocar medo ou stress.
5. Ser seguidos pelo médico dos cuidados de ambulatório nas situações agudas e crónicas limitando o internamento hospitalar ao mínimo necessário. Para tal é necessário formação adequadas, e a integração do médico dos cuidados de ambulatório nas equipa multidisciplinar que cuida do paciente, o que implica uma boa comunicação entre o hospital e os cuidados ambulatórios. Durante toda a duração do internamento hospitalar os médicos que prestam os cuidados ambulatórios devem poder seguir a evolução do seu paciente.
6. Ser protegidos contra a dor e beneficiar de todos os tratamentos preventivos, quer da dor relacionada com a doença, quer daquela resultante de procedimentos e técnicas terapêuticas e de diagnóstico potencialmente dolorosas.
7. A que toda a informação clínica seja arquivada em registo próprio e resumida de forma simples e clara, num cartão de saúde fácil de utilizar e de compreender. Todos os dados médicos deverão manter-se estritamente confidenciais. No caso dos adolescentes, a confidencialidade deve ser mantida também em relação aos pais.
8. Receber toda a informação acerca do diagnóstico, prognóstico, terapêutica e acerca de quaisquer procedimentos complementares que possam ser necessários. A informação deverá ser dada, pelo médico dos cuidados primários de saúde ou de ambulatório de uma forma clara, completa e inteligível.
9. Ao respeito pela sua liberdade e autonomia. Será necessário obter o seu consentimento (caso os pacientes tenham idade e competência suficiente) ou permissão prévios para procedimentos diagnósticos e terapêuticos ou para a sua inclusão em projectos de investigação clínica. A permissão poderá ser opcional em procedimentos considerados vitais.
10. Receber cuidados primários ou de ambulatório que contribuam (com o empenhamento também de outros técnicos envolvidos a nível das áreas familiar, escolar e social) para uma vida independente, activa e feliz.

Direitos e Deveres dos Doentes

Direitos dos Doentes:

1. **O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana.**

É um direito humano fundamental, que adquire particular importância em situação de doença. Deve ser respeitado por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, no que se refere quer aos aspectos técnicos, quer aos actos de acolhimento, orientação, encaminhamento dos doentes. É também indispensável que o doente seja informado sobre a identidade e a profissão de todo o pessoal que participa o seu tratamento. Este direito abrange ainda as condições das instalações e equipamentos, que têm de proporcionar o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de vulnerabilidade em que o doente se encontra.

2. **O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas**.

   Cada doente é uma pessoa com as suas convicções culturais e religiosas. As instituições e os prestadores de cuidados de saúde têm, assim, de respeitar esses valores e providenciar a sua satisfação. O apoio de familiares e amigos deve ser facilitado e incentivado. Do mesmo modo, deve ser proporcionado o apoio espiritual requerido pelo doente ou, se necessário, por quem legitimamente o represente, de acordo com as suas convicções.

3. **O doente tem direito a receber cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e terminais.**

   Os serviços de saúde devem estar acessíveis a todos os cidadãos, de forma a prestar, em tempo útil, os cuidados técnicos e científicos que assegurem a melhoria da condição do doente e seu restabelecimento, assim como o acompanhamento digno e humano em situações terminais. Em nenhuma circunstância os doentes podem ser objecto de discriminação. Os recursos existentes são integralmente postos ao serviço do doente e da comunidade, até ao limite das disponibilidades.

4. **O doente tem direito à prestação de cuidados continuados.**

   Em situação de doença, todos os cidadãos têm o direito de obter dos diversos níveis de prestação de cuidados (hospitais e centros de saúde) uma resposta pronta e eficiente, que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu completo restabelecimento. Para isso, hospitais e centros de saúde têm de coordenar-se, de forma a não haver quaisquer quebras na prestação de cuidados que possam ocasionar danos ao doente. O doente e seus familiares têm direito a ser informados das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a ser esclarecidos de que a continuidade da sua prestação fica garantida. Ao doente e sua família são proporcionados os esclarecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio. Quando necessário, deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários.

5. **O doente tem direito a ser informado acerca dos serviços de saúde existentes, suas competências e níveis de cuidados.**
   Ao cidadão tem que ser fornecida informação acerca dos serviços de saúde locais, regionais e nacionais existentes, suas competências e níveis de cuidados, regras de organização e funcionamento, de modo a optimizar e a tornar cómoda a sua utilização. Os serviços prestadores dos diversos níveis de cuidados devem providenciar no sentido de o doente ser sempre acompanhado dos elementos de diagnóstico terapêutica considerados importantes para a continuação do tratamento. Assim, evitam-se novos exames e tratamentos, penosos para o doente e dispendiosos para a comunidade.
6. **O doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde.**
   Esta informação deve ser prestada de forma clara, devendo ter sempre em conta a personalidade, o grau de instrução e as condições clínicas e psíquicas do doente. Especificamente, a informação deve conter elementos relativos ao diagnóstico (tipo de doença), ao prognóstico (evolução da doença), tratamentos a efectuar, possíveis riscos e eventuais tratamentos alternativos. O doente pode desejar não ser informado do seu estado de saúde, devendo indicar, caso o entenda, quem deve receber a informação em seu lugar.
7. **O doente tem direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde.**
   Este direito, que se traduz na obtenção de parecer de um outro médico, permite ao doente complementar a informação sobre o seu estado de saúde, dando-lhe a possibilidade de decidir, de forma mais esclarecida, acerca do tratamento a prosseguir.
8. **O doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico.**
   O consentimento do doente é imprescindível para a realização de qualquer acto médico, após ter sido correctamente informado. O doente pode, exceptuando alguns casos particulares, decidir, de forma livre e esclarecida, se aceita ou recusa um tratamento ou uma intervenção, bem como alterar a sua decisão. Pretende-se assim assegurar e estimular o direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os doentes têm de decidir sobre si próprios. O consentimento pode ser presumido em situações de emergência e, em caso de incapacidade, deve este direito ser exercido pelo representante legal do doente.
9. **O doente tem direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificados que lhe respeitam.**
   Todas as informações referentes ao estado de saúde do doente- situação clínica, diagnóstico, prognóstico, tratamento e dados de carácter pessoal- são confidenciais. Contudo, se o doente der o seu consentimento e não houver prejuízos para terceiros, ou se a lei o determinar, podem estas informações ser utilizadas. Este direito implica a

obrigatoriedade do segredo profissional, a respeitar por todo o pessoal que desenvolve a sua actividade nos serviços de saúde.

10. **O doente tem direito de acesso aos dados registados no seu processo clínico.**
    A informação clínica e os elementos identificativos de um doente estão contidos no seu processo clínico. O doente tem o direito de tomar conhecimento dos dados registados no seu processo, devendo essa informação ser fornecida de forma precisa e esclarecedora. A omissão de alguns desses dados apenas é justificável se a sua revelação for considerada prejudicial para o doente ou se contiverem informação sobre terceiras pessoas.
11. **O doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico.**
    A prestação de cuidados de saúde efectua-se no respeito rigoroso do direito do doente à privacidade, o que significa que qualquer acto de diagnóstico ou terapêutica só pode ser efectuado na presença dos profissionais indispensáveis, salvo se o doente consentir ou pedir a presença de ouros elementos. A vida privada ou familiar do doente não pode ser objecto de intromissão, a não ser que se mostre necessária para o diagnóstico ou tratamento e o doente expresse o seu consentimento.
12. **O doente tem direito por si, ou por quem o represente, a apresentar sugestões e reclamações.**
    O doente, por si, por quem legitimamente o substitua ou por organizações representativas, pode avaliar a qualidade dos cuidados prestados e apresentar sugestões ou reclamações. Para esse efeito, existem, nos serviços de saúde, o gabinete do utente e o livro de reclamações. O doente terá sempre de receber resposta ou informação acerca do seguimento dados às suas sugestões e queixas, em tempo útil.

Deveres dos doentes

1. O doente tem o dever de zelar pelo seu estado de saúde. Isto significa que deve garantir o mais completo restabelecimento e também participar na promoção da própria saúde e da comunidade em que vive.
2. O doente tem o dever de fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de um correcto diagnóstico e adequado tratamento.
3. O doente tem o dever de respeitar os direitos dos outros doentes.
4. O doente tem o dever de colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são recomendadas e, por si, livremente aceites.
5. O doente tem o dever de respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde.
6. O doente tem o dever de utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e de colaborar activamente na redução de gastos desnecessários.

Crianças e Jovens com Doença Oncológica

Lei n.º71/2009 de 6 de Agosto

Cria o regime especial de protecção de crianças e jovens com doença oncológica

(Anexo 3)

Paternidade, Maternidade e Adopção

Decreto-Lei n.º 91/2009 de 9 de Abril

Define e regulamenta a protecção na parentalidade no âmbito da eventualidade maternidade, paternidade e adopção.

(Anexo 4)

Contactos úteis:

Número Nacional de Socorro

Telefone: 112

Hospital Garcia de Orta

Avenida Torrado da Silva, Pragal
2801- 951 Almada

Telefone: 21 294 01 94

Saúde 24

Telefone: 808 24 24 24
Fax: 21 012 69 46

Centro de Informação Antivenenos

Telefone: 808 250 143

Contacto referência: Dr.ª Arlinda Borges

Linha para Crianças Desaparecidas

Telefone: 1410

116 000

Associação Portuguesa de Ostomizados

Av. João Paulo II, Lote 552- 2.º B

1900- 722 Lisboa

Telefone: 21 859 60 54

21 859 60 54

Contacto referência: Enf.ª Augusta Pinheiro Santos

Associação Portuguesa de celíacos

Rua Arnaldo Assis Pacheco Lote 2- Loja B

1750- 396 Lisboa

Telefone: 21 753 01 93

91 813 95 11 (dietista)

Endereço electrónico: dietista @celiacos.org.pt

Instituto de Apoio à Criança

Largo da Memória, 14

1349- 045 Lisboa

SOS criança: 21 793 16 17

800 202 651

116 111 (linha gratuita)

Endereço electrónico: 1

Ajuda de Berço

Sede Social e Centro de Acolhimento de Alcântara:

Avenida de Ceuta, 51 R/C

1300- 125 Lisboa

Telefone: 21 362 82 74/ 276/ 277

Fax: 21 362 82 75

Endereço electrónico: ajudadeberco@ajudadeberco.pt

Centro de Acolhimento de Monsanto:

Travessa Francisco Resende, 37

1500- 289 Lisboa

Telefone: 21 770 30 20/ 28

Fax: 21 770 30 29

Acreditar

Rua Professor Lima Basto, 73
1070- 210 Lisboa

Telefone: 21 722 11 50
Fax: 21 722 11 51
Endereço electrónico: acreditar@acreditar.pt

Associação Portuguesa de Famílias Numerosas

Rua José Calheiros, 15
1400- 229 Lisboa

Telefone: 21 755 26 03
Fax: 21 755 26 04
Endereço electrónico: apfn@apfn.com.pt

Associação para a Promoção da Segurança Infantil

Vila Berta, 7 R/C Esq.º - Graça
1170- 400 Lisboa

Telefone: 21 884 41 00
Fax: 21 884 41 09
Endereço electrónico: apsi@apsi.org.pt

Terra dos Sonhos

Lx Factory, Rua Rodrigues Faria, 103
1300- 501 Lisboa

Telefone: 21 340 62 34
Contacto referência: Dr. Frederico Fezas Vital

Raríssimas

Rua das Açucenas, Lote 1, Loja Dt.ª
1300- 003 Lisboa

Telefone: 21 778 61 00
96 178 02 91
Fax: 21 778 60 99
Endereço electrónico: info@rarissimas.pt

ACAPO- Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal

Av. D. Carlos I, n.º 126- 9.º andar
1200-651 Lisboa

Telefone: 21 324 45 00
Fax: 21 324 45 01
Endereço electrónico: dn@acapo.pt

A.I.C.A.- Associação dos Imigrantes do Concelho de Almada

Rua José Alves da Cunha, n.º16- B
2800 Almada

Telefone: 96 972 22 69

ASDL- Associação de Solidariedade e Desenvolvimento do Laranjeiro

(jardim de infância, ATL, centro jovem, centro comunitário)

Rua José Alves da Cunha, n.º 20- A
2810- 099 Almada

Telefone: 21 258 39 34
Fax: 21 259 03 57
Endereço electrónico: geral@asdl.pt

Associação Nacional de Pais e Amigos de Rett

(apoio social e informativo a pais e crianças com doença de Rett)

Praceta António Ribeiro Chiado, n.º 16, 5.º C
2810- 022 Almada

Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva

(apoio social e informativo a pais e crianças com hiperactividade)

Rua Fernão Lopes, n.º 10- Cave
2800- 069 Almada

Telefone: 21 274 05 62

Associação de Pais e Crianças com Necessidades Educativas Especiais da Península de Setúbal

(apoio social e informativo a crianças com necessidades educativas especiais e respectivos pais/ família)

Praceta Ana Osório, n.º 1, 3.º Dt.º
2800- 108 Almada

CRSSLTV- Serviço Sub-Regional de Setúbal- Centro Infantil da Costa da Caparica

Av. 1.º de Maio
2825 Costa da Caparica

Telefone: 21 290 27 36
Fax: 21 291 86 98
Endereço electrónico: ci.costacaparica@oninet.pt

Centro Social Paroquial Nossa Senhora da Conceição

(Jardim de Infância)

Rua do Juncal
Igreja Paroquial Nossa Senhora da Conceição
2825- 352 Costa da Caparica

Telefone: 21 290 10 03
Fax: 21 291 16 54
Endereço electrónico: coordenacao@mareviva.com

Fundação Arcelina Victor dos Santos (creche com jardim de infância)

(creche com jardim de infância)

Rua João Azevedo, n.º 31 A
2825- 433 Costa da Caparica

Telefone: 21 291 84 75
Fax: 21 291 84 86
Endereço electrónico: favs@mail.telepac.pt

Irmanadora

(cooperativa de habitação, construção, serviços de solidariedade social, creche)

Rua Jerónimo Dias, n.º1- A
2825- 466 Costa da Caparica

Telefone: 21 290 36 54
Fax: 21 291 28 62
Endereço electrónico: irmanadora@netcabo.pt

NOTA CONCLUSIVA

O apoio fornecido pelos profissionais de saúde contribui para a minimização do impacto provocado pelas mudanças que ocorrem na vida das famílias, como resultado das transições normativas e não normativas.

Este apoio pode ser sob a forma de suporte emocional, informativo ou instrumental.

Inicialmente, o enfermeiro necessita conhecer as necessidades da família e identificar as fontes de apoio e suporte social que estão disponíveis, para posteriormente promover a saúde dos seus elementos.

Os enfermeiros podem igualmente, incentivar as famílias a utilizarem e alargarem os suportes sociais, reconhecendo que a sua identificação é em si uma intervenção de enfermagem.

O grande objectivo do suporte social como intervenção de enfermagem é demonstrar disponibilidade, apoiando na reorganização e redimensionação da dinâmica familiar e assim contribuir para a capacitação dos pais, na tomada de decisão autónoma nos cuidados aos seus filhos… Promover o papel parental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, M.A.M., et al. 2009. Cuidado da criança com deficiência: suporte social acessado pelas mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Set. de 2009, Vol. 30, 3, pp. 406-412.

CARVALHO, A. e CARVALHO, G. 2006. *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação.* Lisboa : Lusociência, 2006. 978-972-8930-22-6.

CIPE. 2006. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* [ed.] Conselho Internacional de Enfermeiros. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2006. Vol. Versão1.

COUTINHO, M.T.B. 2004. Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica.* 2004, Vol. XXII, 1, pp. 55-64.

DECRETO-LEI n.º 71/2009. D.R. I Série. 151 (2009-08-06) 5100- 5102.

DECRETO-LEI n.º 91/2009. D.R. I Série. 70 (2009-04-09) 2194- 2205.

DIAS, J., et al. 2007. Promoção de Saúde das Famílias de Docentes de Enfermagem: Apoio, rede social e Papéis na Família. *Texto contexto de Enfermagem.* Out.- Dez. de 2007, Vol. 16, 4, pp. 688-695.

FIGUEIREDO, M.H. 2009. *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Aber Salazar, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

GUADALUPE, S. 2008. *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico.* Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar- Universidade do Porto, 2008.

LAVALL, E., OLSCHOWSKY, A. e KANTORSKI, L.P. 2009. Avaliação de Família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Jun de 2009, Vol. 30, 2, pp. 198-205.

MARTINS, R. 2005. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: revista do ISPV.* Maio de 2005, 31, pp. 128-134.

MELEIS, A.I. e CHICK, N. 1986. Transitions: A nursing concern. *Nursing research methodology.* 1986, pp. 237-257.

MOREIRA, M.F. e SILVA, M.I.T. 2005. Readability of the educational material written for diabetic patients. *Online Braz J Nurs.* [Online] Agosto de 2005. [Citação: 5 de Outubro de 2010.] www.uff.br/nepae/objn402moreiraetal.htm. 1676-4285.

NUNES, M. 2005. Apoio social na diabetes. *Millenium: revista do ISPV.* Maio de 2005, 31, pp. 135-149.

PAIS-RIBEIRO, J. 1999. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica.* 1999, Vol. 3, 17, pp. 547-558.

PAIS-RIBEIRO, J., et al. 2003. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2003, Vol. 4, 1, pp. 21-32.

PEDRO, I.C. S., ROCHA, S.M.M. e NASCIMENTO, L.C. 2008. Apoio e Rede Social em Enfermagem Familiar: revendo conceitos. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* Maio-Abril de 2008, Vol. 16, 2, pp. 324-327.

PHANEUF, M. 2005. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Lisboa : Lusociência, 2005. 972-8383-84-3.

RODRIGUES, M., PEREIRA, A. e BARROSO, T. 2005. *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde.* Coimbra : Formasau, 2005. 978-972-848-55-28.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. 2010. Direitos. Acedido em 12 de Junho de 2010 , em HYPERLINK "http://www.spp.pt" http://www.spp.pt .

VIEIRA, Margarida. 2008. *Ser Enfermeiro, da compaixão à proficiência.* Lisboa : Universidade Católica, 2008. 978-972-54-0195-8.

Viera, C.S., et al. 2010. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Revista Electrónica de Enfermagem.* 2010, Vol. 12, 1, pp. 11-19.

Anexo 1- Estudo de Caso "*Um olhar sobre o papel parental no recém-nascido*"

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Estudo de Caso

Um Olhar sobre o Papel Parental no Recém-nascido

Aluno: Magda Lemos Fachadas

Lisboa, Junho de 2010

ÍNDICE

1- NOTA INTRODUTÓRIA…… 4
2- CONCEPTUALIZAÇÂO DO SUPORTE SOCIAL…… 6
3- MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (Figueiredo, 2009)…… 8
4- APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA…… 10
5- COLHEITA DE DADOS…… 11
5.1- Dimensão Estrutural…… 11
5.1.1- Composição familiar…… 11
5.1.2- Genograma…… 12
5.1.3- Ecomapa…… 13
5.1.4- Tipo de família…… 14
5.1.5- Família extensa…… 14
5.1.5.1- Tipo de contacto…… 14
5.1.5.2- Intensidade de contacto…… 15
5.1.5.3- Função das relações…… 15
5.1.6- Classe social…… 15
5.2- Dimensão de desenvolvimento…… 17
5.2.1- Identificação da etapa desenvolvimental…… 17
5.2.2- Parentalidade…… 17
6- DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM…… 19
7- NOTA CONCLUSIVA…… 24
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS…… 25

ANEXOS

ANEXO I- Processo de vinculação da tríade…… 27
ANEXO II- Competências sensoriais do recém-nascido…… 28
ANEXO III- Competências comportamentais do recém-nascido…… 29
ANEXO IV- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009)…… 30
ANEXO V- Consentimento informado…… 31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Genograma da família V. 12
Figura 2- Ecomapa da família V. 13
Figura 3- Escala de Graffar Adaptada da família V. 16

1-NOTA INTRODUTÓRIA

O presente estudo de caso foi realizado no âmbito do Módulo I da Unidade Curricular Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Este Módulo decorreu entre 26 de Abril e 18 de Junho de 2010, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica, com a orientação da uma enfermeira especialista da Unidade.

Os objectivos definidos para este módulo foram:

- Desenvolver competências a nível da intervenção em cuidados de saúde primários, nomeadamente no contexto da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, para a assistência de enfermagem à criança/ jovem e família;

- Contribuir para a promoção do papel parental, no contexto da comunidade.

Este trabalho surgiu como uma necessidade pessoal de compreender uma família enquanto um sistema. A forma como esta interage e se relaciona com a comunidade em que se encontra inserida, interfere na actuação do enfermeiro junto da mesma, sendo que deverá ser sempre tido em conta as vivências e experiências que a tornam única.

Os pressupostos associados à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica incorporam uma filosofia de parceria de cuidados com a família, ajudando-a na busca de soluções para as dificuldades identificadas. Para Figueiredo (2009: p. 616) "*A família constitui-se como factor de adversidade ou de protecção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento*".

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, família define-se por

> "*conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros relacionados pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais…*" (CIPE, 2005: p.69).

A escolha da família para a elaboração deste estudo de caso deveu-se à necessidade de estabelecer contactos suficientes para efectuar a colheita de dados. Desta forma, a escolha incidiu sobre uma família com um recém-nascido, que é primeiro filho, e portanto estão a ultrapassar uma transição normativa, na qual revelam alguns desajustes no papel parental.

O recém-nascido em causa está a fazer aleitamento materno, cujo controle de peso é semanal até um mês de vida. Assim existirão mais oportunidades para efectuar colheita de dados, implementar intervenções e avaliá-las.

Interessa salientar que para a participação no estudo, os participantes deram o seu consentimento informado (Anexo V).

Para efectuar este estudo de caso, o referencial teórico e metodológico utilizado foi o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) (Anexo IV), elaborado pela Doutora Henriqueta Figueiredo, baseado no Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MACF). Este é um modelo que permite efectuar a avaliação da família através da entrevista como metodologia de recolha de informação. A colheita destes dados vai incidiu sobre as necessidades dos pais, pelo que não foram avaliados todos os itens do Modelo utilizado.

Desta forma, o presente trabalho encontra-se dividido em oito capítulos. Será iniciado por esta nota introdutória e depois por uma breve descrição dos conceitos que sustentam o suporte social, segue-se uma breve abordagem ao Modelo que será utilizado no estudo de caso. Posteriormente será efectuada a apresentação da família e a respectiva avaliação, cuja consecução é apoiada pelo Modelo anteriormente referido. Segue-se o levantamento de diagnósticos e respectivas intervenções de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Para finalizar será exposta uma nota conclusiva seguida da bibliografia utilizada para realizar este estudo de caso. Em anexo, foi exposta a fundamentação teórica de apoio para a realização deste trabalho.

2- SUPORTE SOCIAL

A história do suporte social e dos seus conceitos é relativamente recente, no entanto, já envolve dois períodos. O primeiro decorre desde o início do século XX até aos anos sessenta, que inclui contribuições de estudos realizados na área da psicologia e da sociologia. O segundo período diz respeito às origens do movimento comunitário (NUNES, 2005).

Ribeiro (1999: p.547) citando Sarason (1983) define suporte social como "*a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*".

Dunst e Trivette (1990) também abordado por Ribeiro (1999) referem que suporte social são os recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (por exemplo a família) em resposta aos pedidos de assistência.

Paixão e Oliveira (1996) aludidos por Nunes (2005) conceptualizam que o suporte social fornecido pelas relações sociais contribui para o bem-estar do indivíduo e abranda o efeito que as situações adversas podem provocar.

Actualmente, esta temática do suporte social suscita o interesse de diferentes áreas de investigação, entre elas a Enfermagem.

Os cuidados de enfermagem à Família, tem como pressuposto o cuidado à família no seu contexto cultural e nas suas diversidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais.

Desta forma, "*o cuidado visa a promoção da saúde da família, fortalecendo seus mecanismos de enfrentamento, conferindo autonomia por meio do esclarecimento e proporcionando bem-estar, qualidade de vida não idealizada, porém, dentro das suas condições de existência*" (PEDRO et al., 2008: p.326).

O mesmo autor refere que existem vários apoios sociais que influenciam a promoção da saúde da família,

> "*A religião fornece suporte incentivando práticas, valores, socialização e comportamentos saudáveis; a cultura influencia directamente as pessoas, pelas crenças, valores, normas, linguagem e comportamentos típicos dos indivíduos. As questões socioeconómicas trazem um grande impacto na promoção da saúde, pois estão ligadas directamente à disponibilidade de recursos. As políticas locais e globais são importantes, pois os programas governamentais fornecem apoio para as famílias*" (DIAS, 2007: p.689).

O ***suporte social*** entende-se, por uma rede de apoios que vão desde a família, amigos ou vizinhos, até apoios mais formais, como instituições, serviços sociais, hospitais ou creches.

Barrón (1996) abordado por Martins (2005) sugere uma perspectiva funcional do suporte social que é constituído por três níveis, ***o suporte formativo, o suporte instrumental e o suporte emocional.***

Quanto ao ***suporte formativo***, define-se como o processo através do qual as pessoas recebem informação e orientações que as ajuda a compreender o seu mundo e as mudanças que nele ocorrem (MARTINS, 2005). Neste âmbito importa intervir, promovendo o papel parental, no sentido da promoção da autonomia e poder de decisão acerca dos recursos internos e externos, disponíveis para dar resposta às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/ jovem, e das transições saúde/ doença.

O ***suporte instrumental*** baseia-se nas acções e materiais proporcionados por outros, que resolvem problemas práticos e facilitam a realização de tarefas quotidianas, como por exemplo, os recursos (legislação, família, segurança social, associações e instituições de apoio, infantários) e acessibilidades existentes e disponíveis. Contudo este suporte só é efectivo quando quem o recebe percepciona a ajuda como apropriada (MARTINS, 2005).

O ***suporte emocional*** diz respeito aos comportamentos e relações que originam sentimentos de bem-estar afectivo e psicológico, fazendo com que a pessoa se sinta considerada, respeitada e querida (MARTINS, 2005).

Normalmente, a família constitui a principal fonte de suporte social, uma vez que entre si fornecem apoio emocional e instrumental,

> *"(…) apoio emocional porque disponibilizam tempo, compartilham as vivências quotidianas, preocupações e emoções, oferecem carinho e afecto (…) apoio instrumental porque oferecem provisão de bens, dinheiro e trabalho (…) ajudam nas tarefas domésticas, educação de filhos e contribuem com bens materiais no sustento da família*" (DIAS, 2007: p.692).

3- MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR (Figueiredo, 2009)

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) elaborado pela Doutora Henriqueta Figueiredo é um modelo que é suportado pelos pressupostos da enfermagem de família, nomeadamente pelo Modelo de Calgary e Avaliação da Família (MCAF) e pelo Modelo de Calgary de Intervenção da Família (MCIF). (FIGUEIREDO, 2009)

Este modelo procura dar resposta às necessidades dos enfermeiros relativamente aos cuidados com as famílias, traduzindo os conteúdos numa linguagem profissional comum, sistematizando de forma prática e objectiva as áreas de atenção no decurso da avaliação familiar.

Integrando o modelo na sua base conceptual com os fenómenos descritos na linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a avaliação familiar é constituída pelas seguintes dimensões:

- **Estrutural**:
  - Rendimento Familiar
  - Edifício Residencial
  - Precaução de Segurança
  - Abastecimento de Água
  - Animal Doméstico
- **De Desenvolvimento**:
  - Satisfação Conjugal
  - Planeamento Familiar
  - Adaptação à Gravidez
  - Papel Parental
- **Funcional**:
  - Papel do Prestador de Cuidados
  - Processo Familiar.

A primeira dimensão "*estrutural*" diz respeito à avaliação da estrutura familiar, procurando identificar a sua composição, o tipo de ligações que existe entre os familiares e outros subsistemas e aspectos relativos ao contexto ambiental que possam indiciar riscos de saúde. (FIGUEIREDO, 2009: p. 269)

Relativamente à avaliação "*de desenvolvimento*", permite compreender os fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual, específicos e exclusivos de cada família. Identificar a etapa do ciclo vital em que a família se encontra

possibilita compreender o contexto em que a família se insere, bem como a tomada de decisão das suas tarefas desenvolvimentais. (FIGUEIREDO, 2009: p.275).

Por fim, a dimensão avaliativa "*funcional*" que caracteriza a forma como os membros da família interagem uns com os outros. Reporta-se às actividades quotidianas da família numa abordagem instrumental, e numa abordagem expressiva destaca os padrões de interacção. (FIGUEIREDO, 2009: 289)

Cada uma destas dimensões integra várias categorias que em conjunto permitem realizar uma avaliação familiar sistémica, numa perspectiva dinâmica e de continuidade. (FIGUEIREDO, 2009: p.616)

Igualmente, vai permitir delinear intervenções que vão dar resposta directa às reais necessidades da família, favorecendo o planeamento dos cuidados.

Figueiredo (2009) aludindo Wrigth & Leahey (2002) refere que o modelo permite avaliar as necessidades familiares nas três dimensões acima descritas, no entanto

> "*um dos problemas associados aos modelos com muitas categorias de informação é a possibilidade de gerar uma enorme quantidade de dados colhidos que podem não ser pertinentes para a identificação das necessidades e o planeamento das intervenções (…) nem todas as categorias do modelo terão de ser utilizadas*." (FIGUEIREDO, 2009: 180).

Logo, cabe ao enfermeiro decidir acerca da utilização das categorias, tendo em consideração a especificidade da família em causa.

4- APRESENTAÇÃO DA FAMÍLIA

A Sr.ª M.L. tem 29 anos de idade e nasceu em Lisboa e o Sr. R.V. tem igualmente 29 anos e nasceu em Almada. São os dois de raça caucasiana e de religião católica, embora não sejam praticantes.

Ambos são pais da M.V., uma menina que nasceu no dia 21 de Maio de 2010, no Hospital Garcia de Orta, de parto eutócico, com 2990 grama, sem intercorrências.

O casal está casado há cinco anos, momento a partir do qual foram viver para a Costa de Caparica.

A Sr.ª M.L. tem um emprego estável há cerca de 3 anos, numa empresa multinacional de transportes, onde desempenha funções de secretariado. Actualmente , encontra-se a gozar a licença de maternidade, que pretende usufruir até aos 4 meses de idade da bebé.

O Sr. R.V. também apresenta a sua situação laboral estabilizada, desempenhando funções de técnico comercial de vendas na zona da grande Lisboa, numa empresa de equipamentos informáticos.

A gravidez da Sr.ª M.L. decorreu sem intercorrências, contudo sempre com alguma preocupação, devido a um historial de aborto espontâneo às 12 semanas de gestação no ano de 2008. Portanto, o nascimento da menina M.V. foi consequência de uma gravidez planeada e muito desejada.

Com o nascimento do novo elemento do núcleo familiar foi necessário haver um reajuste nas responsabilidades domésticas que decorreu harmoniosamente. Desta forma, o casal partilha as actividades domésticas e os cuidados à recém-nascida, para que nenhum dos dois fique sobrecarregado permitindo assim, disponibilidade para investirem na relação do casal, e estar com os amigos. Apesar de referirem que ainda se estão a adaptar a esta nova fase.

O contacto com a família extensa é quase diário, e os avós paternos que vivem na mesma localidade são um forte recurso de suporte emocional.

5- COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados realizada à família Veiga decorreu nos dias 27 de Maio de 2010, 2 de Junho de 2010 e 7 de Junho de 2010, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica. Estiveram presentes os três elementos do núcleo familiar.

5.1- Dimensão Estrutural

5.1.1- Composição familiar

Primeiro elemento da família:
Nome- R.V.
Data de nascimento- 17 de Julho de 1980
Idade- 29 anos
Sexo- masculino
Raça- caucasiana
Naturalidade- portuguesa (Almada)
Morada (Localidade)- Costa de Caparica
Estado civil- casado
Grau de instrução- secundário
Profissão- técnico comercial de vendas.

Segundo elemento da família:
Nome- M.L.
Data de nascimento- 19 de Outubro de 1980
Idade- 29 anos
Sexo- feminino
Raça- caucasiana
Naturalidade- portuguesa (Lisboa)
Morada (Localidade)- Costa de Caparica
Estado civil- casada
Grau de instrução- secundário
Profissão- secretária.

Terceiro elemento da família:
Nome- M.V.
Data de nascimento- 21 de Maio de 2010
Idade- 6 dias
Sexo- feminino
Raça- caucasiana
Naturalidade- portuguesa (Almada)
Morada (Localidade)- Costa de Caparica

5.1.2- Genograma

O genograma é um instrumento de colheita de dados que facilita a percepção estrutural da família. Sob o formato de diagrama visual da árvore genealógica mostra a estrutura das relações entre as várias gerações.

Wright & Leahey (2002) e Neufeld & Kushner (2007) abordados por Figueiredo (2009:p.149) referem que o genograma permite identificar a estrutura interna e externa da família, assim como o contexto, facilitando a compreensão dos vínculos e composição familiares.

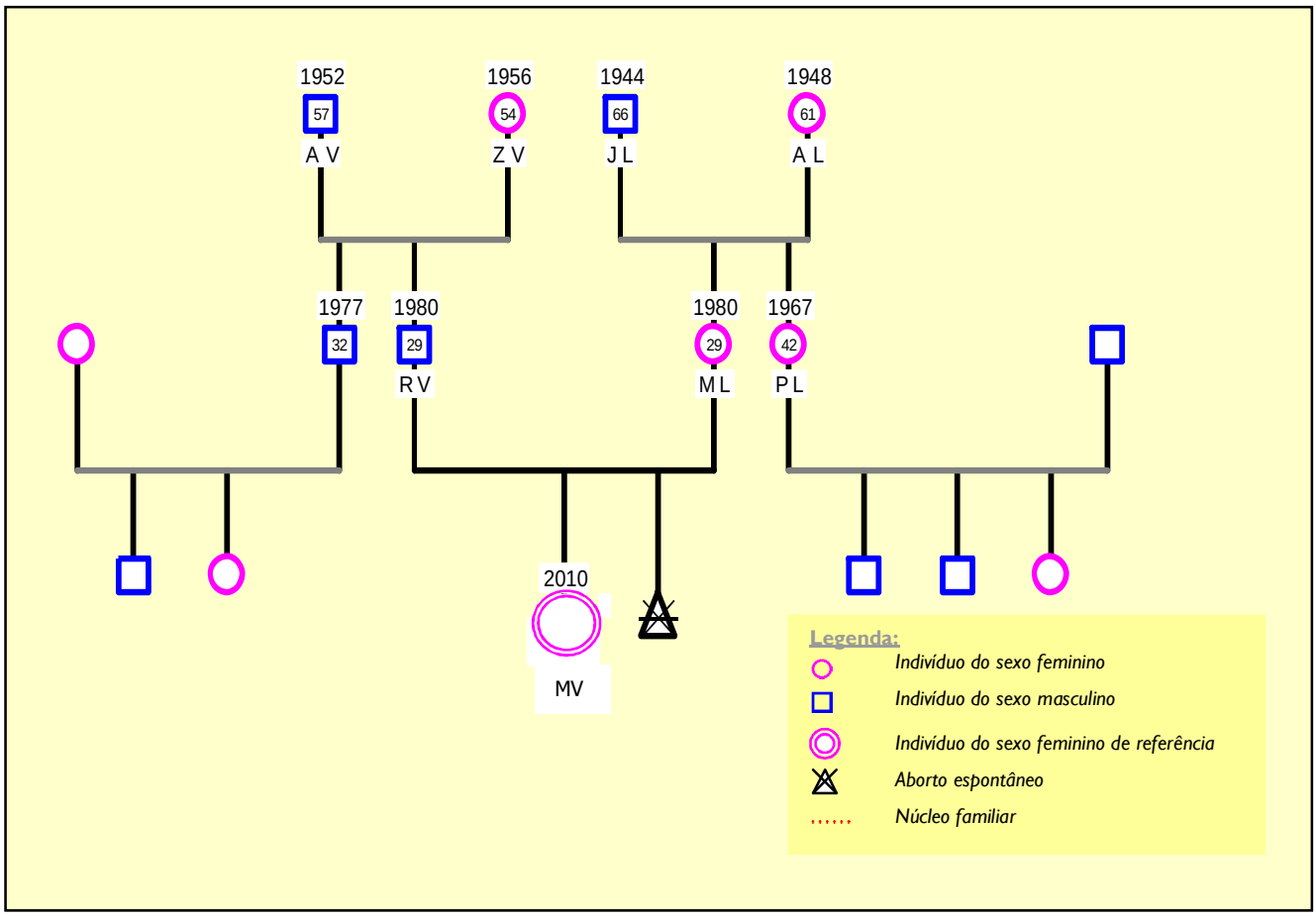


Figura 1- Genograma da família V.

Do genograma elaborado, destaca-se a constituição da família nuclear, composta por três elementos (mãe, pai e recém-nascida).

É possível visualizar a ocorrência de um aborto espontâneo em 2008, às 12 semanas de gestação.

Os avós paternos e maternos da recém-nascida ainda se encontram vivos e habitam respectivamente nos concelhos de Almada e Lisboa, o que permite um contacto frequente.

5.1.3- Ecomapa

O ecomapa analisa as ligações com o meio externo, representando as relações com a família e a comunidade (FIGUEIREDO, 2009).

Este é um diagrama que permite observar os apoio e suportes disponíveis (Anexo 4) e o benefício que tiram deles.

Ross e Cobb (1990) citados por Hanson (2005: p.194) referem que o ecomapa permite "*uma visão geral de família na sua situação, retratando tanto as ligações importantes de cuidar como a de produzir stress entre a família e o mundo*".

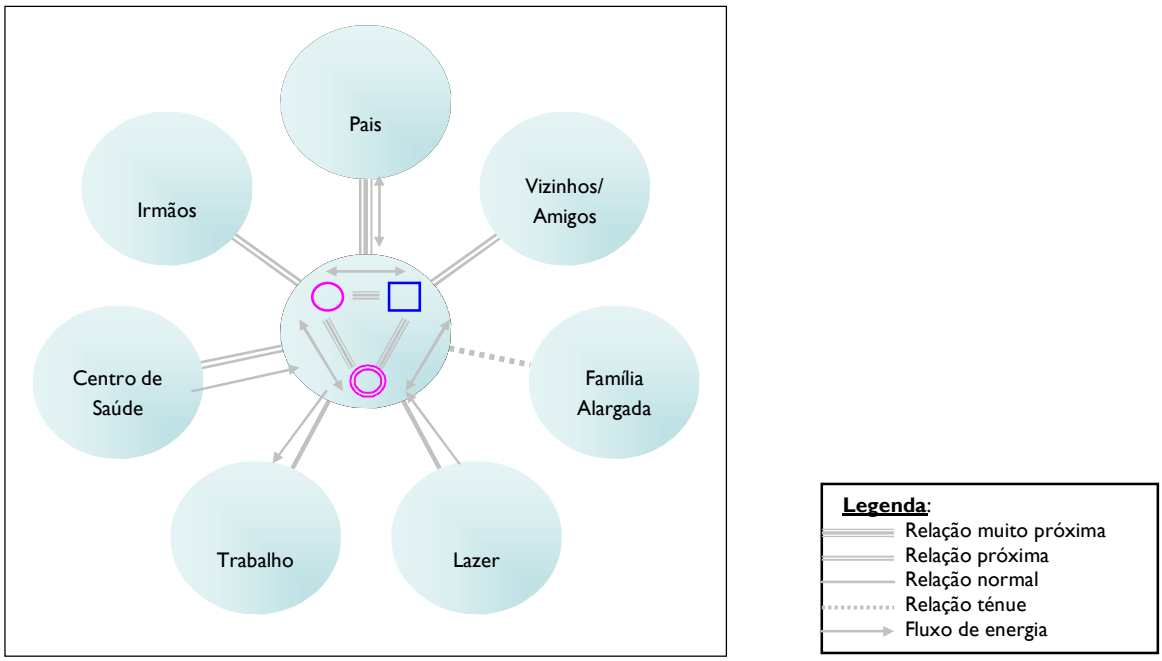


Figura 2- Ecomapa da família V.

Do ecomapa realizado, enfatizamos a relação muito próxima que existe entre os elementos que constituem a família nuclear, bem como, a relação muito próxima que a família exerce com os seus pais. Estes são os principais componentes de suporte emocional e instrumental, contribuindo para o bem-estar afectivo e psicológico da família e, por vezes com algum apoio monetário e ajuda em tarefas domésticas.

O centro de saúde é destacado pela família como o principal suporte formativo relativamente a hábitos de vida saudáveis e actualmente nos cuidados a prestar à recém-nascida.

5.1.4- Tipo de família

- Casal ☐
- Família nuclear ☒
- Família reconstituída ☐
- Família monoparental ☐
  - Monoparental liderada pelo homem ☐
  - Monoparental liderada pela mulher ☐
- Coabitação ☐
- Família institucional ☐
- Comuna ☐
- Unipessoal ☐
- Alargada ☐

Este item permite caracterizar a família de acordo com a sua composição e vínculos que existem entre os seus membros.

Família nuclear é denominada como "*…homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adoptados e podendo ser ou não legalmente casados…*" (Figueiredo, 2009: p.270).

5.1.5- Família extensa

Ao caracterizarmos a família extensa, obtemos o tipo de contacto que existe com estes elementos, bem como a intensidade desses contactos.

No caso da família V., os avós são identificados nesta família como um importante recurso de apoio emocional e instrumental.

5.1.5.1- Tipo de contacto

Pessoal	☒	} Com os pais de ambos
Telefónico	☒	
Carta/ e-mail	☐	
Outro	☐	

5.1.5.2- Intensidade de contacto

Diário	☒	→ Com os pais de ambos
Semanal	☒	→ Com os irmãos de ambos
Quinzenal	☐	
Mensal	☐	
Outro	☐	

5.1.5.3- Função das relações

Companhia social	☒
Apoio emocional	☒
Guia cognitivo e conselhos	☒
Regulação social	☐
Ajuda material e de serviços	☒
Acesso a novos contactos	☐

5.1.6- Classe social

Socialmente, a classe social determina as condições de vida dos indivíduos de acordo com as suas características sócio-culturais, demográficas e económicas.

Hanson (2005) citando Ropers (1991) refere que a classe social é reflexo dos recursos a que as famílias têm acesso e seus limites, denominados por "oportunidades de vida". Igualmente refere que a classe social de uma família pode ser determinada pelo prestígio profissional, rendimentos e nível de educação dos seus membros.

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO c/5 itens	PONTUAÇÃO c/4 itens	PONTUAÇÃO c/3 itens	POSIÇÃO SOCIAL
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencal elegante	5 ▲ ▶ 9	4 ▲ ▶ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ▲ ▶ 13	8 ▲ ▶ 10	4 ▲ ▶ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ___/___/___
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados ☒	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade ☒	- Vencimentos certos ☒	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais ☒	- Zona intermédia ☒	14 ▲ ▶ 17	11 ▲ ▶ 13	7 ▲ ▶ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ___/___/___
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▶ 21	14 ▲ ▶ 16	10 ▲ ▶ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ___/___/___
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ▶ 25	17 ▲ ▶ 20	13 ▲ ▶ 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'echantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459
Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Dr. Fausto Amaro .

Figura 3- Escala de Graffar Adaptada da família V.

5.2- Dimensão de desenvolvimento

5.2.1- Identificação da etapa desenvolvimental

Formação do casal	☐
Família com filhos pequenos	☒
Família com filhos na escola	☐
Família com filhos adolescentes	☐
Família com filhos adultos	☐

Segundo Relvas (1996), na vida de um casal vão surgindo marcos importantes que são denominados de estádios. A família V. encontra-se no estádio da "Família com filhos pequenos" que pressupõe o alargamento da díade à tríade.

Para além da simples definição do estádio, importa perceber os mecanismos psicológicos mediante a transição de um estádio para o outro. Desta forma, esta é uma fase em que o processo emocional de transição implicado, exige a aceitação no sistema dos membros da nova geração, ou seja, adaptação do subsistema conjugal à criação de espaço para um filho, assunção do papel parental e realinhamento das relações com as famílias de origem a fim de nelas incluir os papéis parentais e os avós (RELVAS, 1996).

O nascimento de um filho acarreta, não só, o surgimento de dois novos subsistemas, parental e filial, mas também "*de novas funções, novas tarefas e de um conjunto de reorganizações relacionais, intra e inter-familiares*" (ALARCÃO, 2006: p. 131).

5.2.2- Parentalidade

Como já referimos anteriormente, "*o nascimento de um filho marca a transição do ciclo evolutivo da família, pela transformação da díade em grupo familiar, de forma permanente*" (FIGUEIREDO, 2009:p. 283).

Assim, é de certa forma importante compreender as acções e as interacções físicas e afectivas que compõem o papel parental.

Segundo a definição do ICN (1999), o papel parental é

> "*um tipo de interacção de papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para*

> *promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente*" (ICN 1999: p. 68).

Papel Parental

- Conhecimento do papel (recém-nascido [r.n.])

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical	SIM	☒	NÃO	☐
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical	SIM	☒	NÃO	☐
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno	SIM	☐	NÃO	☒
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno	SIM	☐	NÃO	☒
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial		*Não avaliado*		
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial		*Não avaliado*		
Conhecimento dos pais sobre características das dejecções do r.n.	SIM	☒	NÃO	☐
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica	SIM	☐	NÃO	☒
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r.n.	SIM	☐	NÃO	☒
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r.n.	SIM	☐	NÃO	☒
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	SIM	☒	NÃO	☐
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n.	SIM	☒	NÃO	☐
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde	SIM	☐	NÃO	☒
Conhecimento dos pais sobre competências do r.n.	SIM	☐	NÃO	☒
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	SIM	☐	NÃO	☒

- *Consenso do papel* SIM ☒ NÃO ☐

- Conflitos de papel SIM ☐ NÃO ☒

- Saturação do papel SIM ☐ NÃO ☒

6- DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Da análise realizada à família V. destacaram-se diagnósticos sobre os quais foi necessário delinear intervenções de enfermagem e outros que não. São sobretudo diagnósticos relacionados com a alteração do papel parental.

Desta forma, os diagnósticos que não apresentaram alterações são:

- Rendimento familiar suficiente;
- Edifício residencial seguro;
- Conhecimento dos pais sobre os cuidados ao coto umbilical demonstrado;
- Conhecimento dos pais sobre características das dejecções do recém-nascido demonstrado;
- Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido demonstrado.

E os diagnósticos alterados:

- Conhecimento dos pais sobre diagnóstico precoce não demonstrado
- Conhecimento sobre aleitamento materno não demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica não demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido não demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde não demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido não demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação não demonstrado

Data de Início	27 de Maio de 2010	**Data de termo**	27 de Maio de 2010
Diagnóstico	***Rendimento familiar suficiente***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Avaliar através da Escala de Grafar.		• Nível III da Escala de Grafar; • Emprego estável com vencimentos certos, adequado às despesas da família.	

Data de Início	27 de Maio de 2010	Data de termo	27 de Maio de 2010
Diagnóstico	***Edifício residencial seguro***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Avaliar através da Escala de Grafar.		• Nível III da Escala de Grafar.	

Data de Início	27 de Maio de 2010	Data de termo	27 de Maio de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre diagnóstico precoce não demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Informar os pais sobre diagnóstico precoce; • Ensinar aos pais sobre o diagnóstico precoce; • Providenciar material de leitura.		• Conhecimento demonstrado.	

Data de Início	27 de Maio de 2010	Data de termo	27 de Maio de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Observar os cuidados ao coto umbilical.		• Habilidades demonstradas nos cuidados ao coto umbilical.	

Data de Início	27 de Maio de 2010	Data de termo	7 de Junho de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento sobre aleitamento materno não demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Ensinar sobre técnica de amamentação; • Instruir sobre correcta adaptação do recém-nascido à mama; • Treinar adaptação do recém-nascido à mama; • Vigiar adaptação do recém-nascido à mama; • Assistir no aleitamento materno; • Incentivar o aleitamento materno; • Ensinar/Instruir sobre frequência das mamadas; • Instruir sobre sinais de amamentação eficaz; • Ensinar sobre cuidados aos mamilos; • Validar ensinos sobre amamentação, • Validar ensinos sobre cuidados aos mamilos; • Providenciar material de leitura.		• Habilidades demonstradas no aleitamento materno;	

Data de Início	2 de Junho de 2010	Data de termo	2 de Junho de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre características das dejecções do recém-nascido demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Validar o conhecimento acerca das dejecções do recém-nascido.		• Conhecimentos demonstrados.	

Data de Início	27 de Maio de 2010	Data de termo	2 de Junho de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica não demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido.		• Conhecimentos demonstrados.	

Data de Início	2 de Junho de 2010	Data de termo	7 de Junho de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido não demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Ensinar pais sobre posição ao deitar do recém-nascido; • Instruir pais sobre posição ao deitar do recém-nascido; • Validar sobre posição ao deitar do recém-nascido.		• Conhecimento demonstrado.	

Data de Início	2 de Junho de 2010	Data de termo	2 de Junho de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Validar o conhecimento acerca dos cuidados de higiene ao recém-nascido.		• Conhecimentos demonstrados.	

Data de Início	27 de Maio de 2010	Data de termo	7 de Junho de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde não demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Informar os pais sobre vigilância de saúde (Consultas Saúde Infantil); • Ensinar pais sobre vigilância de Saúde; • Informar os pais sobre (Plano Nacional de Vacinação); • Validar (informação) com os pais sobre vigilância de saúde.		• Conhecimentos demonstrados.	

Data de Início	27 de Maio de 2010	Data de termo	7 de Junho de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido não demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Ensinar os pais acerca das competências do recém-nascido (Anexos 2 e 3); • Instruir os pais acerca das competências do recém-nascido.		• Conhecimentos demonstrados.	

Data de Inicio	2 de Junho de 2010	Data de termo	7 de Junho de 2010
Diagnóstico	***Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação não demonstrado***		
Intervenções:		**Resultados Obtidos:**	
• Ensinar os pais acerca da vinculação (Anexo 1); • Instruir os pais acerca da vinculação.		• Conhecimentos demonstrados.	

Conforme a avaliação que realizámos, a família V. encontra-se pela primeira vez a assumir o seu papel parental, o que implica a existência de algumas dúvidas e necessidades. Esta família reconhece que a equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa da Caparica como uma ferramenta de suporte formativo, daí que a receptividade aos ensinos propostos tenha sido bastante positiva, revelando a fácil aquisição das competências parentais para esta fase do ciclo vital.

7- NOTA CONCLUSIVA

A realização deste estudo de caso foi bastante pertinente e interessante, na medida em que permitiu de forma sistemática dar resposta a um dos principais objectivos propostos para a realização deste módulo.

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar é um instrumento elementar para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias. Contudo, a avaliação realizada à família V. deve ser encarado como um processo contínuo, isto porque, a avaliação efectuada não está de todo concluída, uma vez que a família está em constante evolução. A qualquer momento podem surgir novos focos de interesse quer nos relacionamentos entre os membros da família, quer sobre um elemento em concreto, pelo que se julga pertinente a divulgação deste modelo, como forma de permitir a continuidade da avaliação da família V. e de outras famílias.

Assim, sendo este modelo de operacionalização simples, apela-se à sensibilidade dos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados para estas questões da avaliação familiar, na qual a Enfermagem apresenta bastante autonomia.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, M.- (Des)equilíbrios familiares. 3.ª edição. Coimbra: Quarteto Editora. 2006. ISBN: 978-989-558-0675. 374 p.
- BORGES, A. e GOUVEIA, B.- Competências do recém-nascido. Revista Servir n.º 49 (3). **Lisboa.** 2001. **ISSN: 0871- 2370.** p. 136-139.
- BOWLBY, J.- Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Editora. 2002. ISBN: 853-360-906-X. 496p.
- BRAZELTON, T; CRAMER, B.- A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce. Lisboa: Terramar. 1993. ISBN: 978-972-710-083-5. 272p.
- CORDEIRO, M.- O grande livro do bebé: o primeiro ano de vida. A esfera dos livros. 2006. ISBN: 978-989-626-020-0. 464p.
- DIAS, J. et al.- Promoção de Saúde das Famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. Texto contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Out.-Dez., 16 (4), p. 688- 695.
- FAURE, M. e RICHARDSON, A.- Os sentidos do bebé: compreender o mundo sensorial do bebé- a chave para uma criança feliz. Lisboa: Livros Horizonte. 2004. ISBN: 978-972-241-310-7. 208p.
- FIGUEIREDO, B.- Mães e bebés. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2001. ISBN: 978-972-310-920-7. 180p.
- FIGUEIREDO, M.H- Enfermagem de Família: um contexto do cuidar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2009. 551p.
- FIGUEIREDO, M.H.; MARTINS, M.M- Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. Ver Esc Enfer USP, 2009; 43 (3): 615-21. www.ee.usp.br/reeusp/.
- HANSON, Shirley- Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Loures. Lusociência, 2005. ISBN:978-972-8383-83-1. 508p.
- HOCKENBERRY, Marilyn J.- Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7.ªedição, Elsevier Editora, São Paulo, 2006, ISBN:85-352-1918-8.
- International Council of Nurses- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. Versão Beta. Lisboa, 1999.
- MARTINS, R.- A relevância do apoio social na velhice. Millenium: revista do ISPV. N.º 31, Maio de 2005. p. 128-134.
- MONTAGNER, H.- Vinculação: a aurora da ternura. Lisboa: Instituto Piaget. 1993. ISBN: 978-972-9295-33-1, 243p.
- NUNES, M.- Apoio social na diabetes. Millenium: revista do ISPV. N.º 31, Maio de 2005. p. 135- 149.

- PEDRO, I. et al- Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. Ver. Latino-Am. Enfermagem. 2008, vol. 16, n.º 2, p. 324-327.
- RAMOS, N.- Psicologia clínica e da saúde. Lisboa: Universidade Aberta. 2004. ISBN: 978-972-674-436-8. 368p.
- RIBEIRO, J.L.P.- Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). Análise Psicológica, 1999, 3 (17), 547-558.

ANEXO I- Processo de vinculação da tríade

Processo de vinculação da tríade

O conceito de vinculação tem sido um tema vastamente estudado por vários autores, sendo sempre de salientar a descrição que Bowlby faz desta relação como "*a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade*" (Bowlby, 2002: p. 219).

Este mesmo autor elaborou a Teoria da Vinculação, que fundamenta a existência de uma componente da natureza humana que tende para o estabelecimento de fortes ligações afectivos com determinadas pessoas. Esta ligação verifica-se desde logo no recém-nascido com quem lhe presta cuidados, através de competências vinculativas que manifesta pelo sorriso, o seguir com o olhar, o chorar, a sucção e o agarrar.

Segundo Ramos (2004: p.165) "*O conceito de vinculação é geralmente utilizado para descrever a relação afectiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida*".

A vinculação é uma interacção precoce que é estabelecida desde os primeiros momentos em que a díade (pais/recém-nascido) se encontra, ocorrendo uma partilha comunicacional com os recursos que cada um tem disponível.

Ramos (2004: p.163) citando Bowlby (1969) refere que

> "*a satisfação das necessidades de vinculação passa por contactos afectuosos com a mãe ou outros prestadores de cuidados, pelos contactos corporais, pelas interacções através do sorriso e do olhar, pelos gestos de ternura e afecto, pelas comunicações sensoriais no momento de cuidados, nomeadamente de amamentação, pela segurança encontrada nos braços do adulto, pela sintonia dos ritmos e dos afectos*" (Ramos, 2004:p.163).

Proporcionar ao pais o conhecimento acerca das competências do recém-nascido permite que estes valorizem as capacidades dos seus filhos, podendo ser estabelecidos diálogos mais ricos e consequentemente um envolvimento afectivo mais fácil. Com isto promove-se um desenvolvimento socio-emocional e cognitivo da criança mais eficiente (Brazelton e Cramer, 1993).

ANEXO II- Competências sensoriais do recém-nascido

Competências sensoriais do recém-nascido

Desde o nascimento, o recém-nascido dispõe de uma série de competências sensoriais, sendo capaz de reagir à voz humana, à imagem de um rosto humano e ao comportamento desse rosto. Pensa-se que as manifestações a estes estímulos tenham sido apreendidas ainda no ambiente intra-uterino (Montagner, 1993).

Desta forma, passamos a descrever essas competências sensoriais que influenciam o processo de vinculativo:

Visão:

De acordo com Brazelton e Cramer (1993), a visão constitui uma forte componente de adaptação, no que diz respeito à ligação pais-bebé uma vez que, desde o nascimento, o recém-nascido parece programado para reconhecer o rosto humano, sabendo distinguir o rosto da mãe e do pai, do das outras pessoas.

Segundo a perspectiva de Faure e Richardson (2004), a acuidade visual no recém-nascido encontra-se pouco desenvolvida à nascença, devido em parte, à pouca estimulação *in utero*. Assim, após o nascimento as pupilas do recém-nascido são reactivas à luz e o reflexo de pestanejo é evidente, vendo inicialmente imagens de alto contraste e ao final da primeira semana de vida já reconhece o rosto da mãe.

Os recém-nascidos conseguem ver com alguma nitidez a uma distância de cerca de vinte centímetros, esta distância corresponde ao espaço que medeia a face da mãe da sua, quando está ao colo ou quando está a ser amamentado. A evolução deste sentido é gradual, sendo importante o investimento na interacção precoce pais-bebé, uma vez que os actos de pegar ao colo e embalar acalmam o bebé e provocam reacções reflexas, como abrir os olhos e prestar atenção ao estímulo visual (Cordeiro, 2006).

Segundo o autor supramencionado, inicialmente o recém-nascido interessa-se pelos contornos e fronteiras entre as cores contrastantes (vermelho, preto e branco), superfícies quadradas e objectos de tamanho médio em que a luz reflecte (Cordeiro, 2006).

Para Brazelton e Cramer (1993) o recém-nascido é capaz de fixar o olhar num objecto e segui-lo em movimento lento num ângulo de doze graus para a direita ou para a esquerda ou trinta graus para cima e para baixo.

Audição:

Montagner (1993) defende que por volta da vigésima semana de gestação os órgãos auditivos estão funcionais. Isto comprova que já *in útero* o feto reage aos estímulos sonoros que vêm do meio extra-uterino.

A partir da vigésima sexta semana de gestação, o feto é capaz de reconhecer e diferenciar várias frequências de sons e igualmente manifestar o seu agrado ou descontentamento relativamente aos mesmos (Cordeiro, 2006).

Logo após o nascimento, o recém-nascido demonstra que ouve e que é capaz de localizar a origem do som, seguindo-o com o olhar e com a cabeça.

Os sons demasiado altos assustam o recém-nascido e provocam uma reacção de alerta, este som ao permanecer pode provocar uma resposta de choro de forma a controlar o susto. Em contrapartida um som suave, promove uma resposta de procura no recém-nascido, direccionando a cabeça para o estímulo (Hockenberry, 2006: p. 179).

Olfacto:

Os recém-nascidos têm o olfacto fortemente apurado "*reagem a odores fortes tais como o do álcool ou o do vinagre virando a sua cabeça contrária ao odor*." (Hockenberry, 2006: p. 179).

Nas primeiras horas de vida, o recém-nascido sentindo necessidade de se alimentar, procura encontrar o mamilo da mãe através do cheiro, segundo Hockenberry (2006: p. 179) "*são capazes de sentir o odor do leite materno e choram por suas mães quando os seios ficam ingurgitados e extravasando… também são capazes de diferenciar o leite materno de sua mãe do leite materno de outras mulheres por meio do olfacto*".

Assim, esta capacidade de reconhecimento do odor materno, facilita a interacção mãe-filho.

Borges e Gouveia (2001: p.138) defendem que quando a mãe pega o bebé ao colo, ele volta a face para o peito da mãe devido ao calor sentido, mas igualmente pela sua capacidade de reconhecer o seu alimento pelo olfacto.

Paladar:

Cordeiro (2006), explicita que ainda *in utero*, o feto aprecia o sabor do líquido amniótico, que contém substâncias e sabores que têm origem nos alimentos que a mãe ingere.

O funcionamento dos mecanismos neuro-fisiológicos possibilitam as sensações do gosto a partir do quarto mês de gestação (Borges e Gouveia, 2001).

Diversos tipos de sabores provocam reacções diferentes no recém-nascido, "*uma solução sem sabor não provoca qualquer expressão facial; uma solução doce gera uma sucção*

ávida e um olhar de satisfação; uma solução salgada causa um franzido dos lábios e a solução amarga produz uma expressão raivosa e aborrecida" (Hockenberry, 2006: p.179).

Sendo os sabores doces os preferidos do recém-nascido, o aleitamento materno facilita a permanência da interacção mãe-filho, assim os recém-nascidos esperam "*…um maior relacionamento social quando alimentados ao peito do que quando alimentados a biberão*" (Brazelton e Cramer, 1993: p.77).

Tacto:

A pele representa uma barreira mecânica e de protecção entre o corpo e o meio, mediado por receptores tácteis localizados, maioritariamente nas mãos, boca e face (Borges e Gouveia, 2001).

Antes do nascimento, o levar das mãos à boca serve para auto-consolo e controle da actividade motora *in utero* (Brazelton e Cramer, 1993).

Após o nascimento, o bebé beneficia do facto de ser acariciado e de se sentir em contacto com o corpo e a pele dos pais, "*um leve toque nas costas ou uma fricção leve no abdómen provocam uma resposta tranquilizadora no lactente. Enquanto, um estímulo doloroso (…) terá uma resposta raivosa e aborrecida*" (Hockenberry, 2006:p.179).

Figueiredo (2007: p.29) salienta o impacto positivo da massagem ao recém-nascido, que quando praticada quer pela mãe, quer pelo pai, traduz-se na melhoria da qualidade da interacção e dos cuidados ao bebé, revelando-se ainda como adjuvante no incremento das competências de desenvolvimento, bem-estar físico e redução dos níveis de stress do bebé.

ANEXO III- Competências comportamentais do recém-nascido

Competências comportamentais do recém-nascido

Brazelton criou uma Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal que permite captar as reacções dos recém-nascidos, medir a capacidade que têm para lidar com os estímulos e de se acalmarem (Brazelton e Cramer, 1993).

Segundo os autores referidos esta escala permite igualmente que os pais compreendam e aprendam a "*reconhecer e a prever os estados de consciência do bebé, para saber se ele está disponível para comer, dormir e para se relacionar*" (Brazelton e Cramer, 1993: p.80).

Desta forma, estes autores consideram a existência de seis estados de consciência do recém-nascido, que se traduzem através dos ciclos de sono ou vigília: choro, alerta activo, alerta, sonolência, sono leve e sono profundo.

Choro:

É uma fase que se caracteriza por uma resposta extrema a estímulos externos ou internos, observando-se aumento da actividade motora, com alterações da coloração da pele, os olhos podem estar abertos ou cerrados, acompanhado de caretas (Brazelton e Cramer, 1993).

Os autores referem que o choro pode ter quatro origens: dor, fome, aborrecimento e desconforto, referindo ainda que " (...) *o bebé parece estar programado para tentar comunicar chorando de várias maneiras*" (Brazelton e Cramer, 1993: p.81).

Alerta activo:

Nesta fase o bebé está disponível para estímulos externos, que se forem excessivos tende a cair num estado de irritação, seguido do choro. A respiração é irregular, a actividade corporal é intensa, com movimentos descoordenados e a actividade facial intensa (Brazelton e Cramer, 1993).

Alerta:

O bebé está atento, concentrando-se em qualquer estímulo presente e pode ter a duração de duas a três horas diárias, em períodos de vinte a trinta minutos.

Nesta fase a actividade corporal é mínima, a respiração é regular e a face está serena com os olhos abertos e atentos (Brazelton e Cramer, 1993).

Sonolência:

Neste estado há uma resposta lenta aos estímulos externos, podendo acordar e ficar alerta para a interacção.

A respiração é regular, acelerada e de menor amplitude, observam-se movimentos suaves dos membros superiores e inferiores, pode apresentar movimentos faciais e os olhos podem estar fechados, abertos ou alternadamente abertos e fechados (Brazelton e Cramer, 1993).

Sono leve:

Nesta fase ocorre o crescimento e a diferenciação cerebral, podendo ter a duração de doze a quinze horas por dia, em intervalos de vinte a quarenta minutos por ciclo de sono.

O recém-nascido está mais vulnerável aos estímulos internos e externos, podendo permanecer em sono superficial, voltar ao sono profundo ou ficar sonolento, conforme a interferência do estímulo. Nesta fase, a respiração é irregular, por vezes leve e acelerada, observa-se o movimento rápido dos olhos sob as pálpebras fechadas, alguns movimentos corporais (espreguiçar) e movimentos faciais (caretas) acompanhados de sucção (Brazelton e Cramer, 1993).

Sono profundo:

Esta fase tem por objectivo a organização do sistema nervoso imaturo e vulnerável do bebé e ocorre em ciclos de sono de cerca de quatro horas por dia.

O recém-nascido não está disponível para estímulos externos, sendo apenas capaz de acordar com um estímulo intenso. A sua respiração é profunda e regular, os olhos encontram-se bem fechados, não apresenta actividade motora e facial, excepto pequenos movimentos finos e bruscos dos dedos, lábios, pálpebras e casuais movimentos de sucção (Brazelton e Cramer, 1993).

A duração dos ciclos de sono vão sofrendo alterações à medida que vai havendo amadurecimento do sistema nervoso, o que vai implicar que o bebé aprenda a gerir os estímulos externos sem acordar.

Aprender a dormir de noite por períodos mais longos constitui um progresso neuro-fisiológico do bebé e está relacionado com o padrão de actividade e estímulos que existem durante o dia (Brazelton e Cramer, 1993).

O **sorriso** constitui outra competência comportamental do recém-nascido que pode ocorrer desde o nascimento.

Inicialmente estes sorrisos são meramente fisiológicos e reflexos, que não surgem como resposta a um estímulo. Posteriormente, por volta das quatro a seis semanas de vida, inicia-se como uma resposta irregular aos estímulos exteriores, adquirindo lentamente um valor social (Borges e Gouveia, 2001).

ANEXO IV- Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2009)

U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM CONTEXTO DO CUIDAR

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo

Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

2009

MARIA HENRIQUETA DE JESUS SILVA FIGUEIREDO

ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM CONTEXTO DO CUIDAR

Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins
Categoria – Professor Coordenador
Filiação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

2009

Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.

Al andar se hace camino
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.

Caminante no hay camino
sino estelas en la mar...

Hace algún tiempo en ese lugar
donde hoy los bosques se visten de espinos
se oyó la voz de un poeta gritar
"Caminante no hay camino,
se hace camino al andar..."

in António Machado, Canto XXIX
dos Provérbios e Canções dos Campos de Costela (1917)

AGRADECIMENTOS

À orientadora deste trabalho, Professora Doutora Maria Manuela Martins, um agradecimento especial pela confiança, apoio e contributos fundamentais no percurso efectuado.

Ao Professor Doutor João Amado pela orientação inicial e incentivo.

Ao Professor Doutor Paulino Sousa pelo seu valioso contributo, imprescindível no caminho percorrido.

À Professora Doutora Madalena Alarcão pela disponibilidade e pertinência das suas observações.

À Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos pela colaboração, apoio incondicional e disponibilidade mostrada.

Ao Enfermeiro Camilo Areias pelo apoio e envolvimento ao longo do processo, sem o qual não teria sido possível este caminho.

Aos Enfermeiros do Centro de Saúde, pela disposição para a mudança, e pelo contributo para o desenvolvimento da enfermagem de família.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu pela disponibilidade e contribuição no processo de reflexão sobre as práticas.

Ao Professor Doutor João Apóstolo pela discussão que proporcionou.

Aos colegas da Escola Superior de Enfermagem do Porto e aos colegas da Terapia Familiar pelos caminhos de partilha e crescimento.

À Luzia pela aprendizagem co-evolutiva e pelo (re)descobrir novas formas de pensar Família.

Aos amigos: Bruno, Filipe, Rui, Ana Isabel, Sónia, Palmira, Feliciano pelo apoio, estímulo e fortalecimento.

À Zaida pela amizade selada em esperança e pela co-construção de espaços e tempos de florescimento mútuo.

Ao Pedro e à Sílvia pela amizade, optimismo, motivação e importantíssimo contributo no processo de co-construção da mudança.

Ao Clemente pelo apoio indispensável, traduzido pela ajuda essencial, amizade, cumplicidade, partilha, incentivo, tolerância e compreensão.

Finalmente ao João pela celebração do quotidiano.

RESUMO

A enfermagem de família surge alicerçada no pensamento sistémico, centrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interacção e reciprocidade entre os membros da família (Friedman, 1998). Contudo a abordagem dos cuidados continua centrada no indivíduo e a família conceptualizada como uma unidade divisível em partes. Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, os Cuidados de Saúde Primários emergem como contexto estruturante de novas práticas de enfermagem centradas na família, enquanto unidade e alvo de cuidados.

Pretendemos contribuir para a definição do corpo de conhecimentos de enfermagem na área de enfermagem de família e aumentar o potencial do exercício profissional para responder às necessidades das famílias em cuidados de enfermagem.

Centrado num percurso de investigação-acção, que durou 4 anos, o estudo foi desenvolvido num Centro de Saúde.

Da análise dos modelos em uso, a partir das representações dos enfermeiros, os discursos sobre as práticas com as famílias e a documentação desses cuidados, emergiu a reconstrução e operacionalização do modelo de cuidados à família como plano de acção para a mudança. Sustentado pelos pressupostos da enfermagem de família e pelas experiências e vivências dos enfermeiros nos seus contextos de acção com as famílias, o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar surge como resultado da problematização das práticas.

Por último, fez-se a adequação dos padrões de documentação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem à estrutura do modelo de cuidados.

A avaliação do impacte da mudança permitiu verificar a incorporação da necessidade de uma prática centrada na família, com uma concepção de cuidados fundamentada no modelo co-construído. Além da descrição dos processos de tomada de decisão, evidenciou-se a congruência entre os discursos sobre as práticas e a documentação dos cuidados produzidos.

A co-construção de um modelo de cuidados a partir das necessidades identificadas pelos enfermeiros, legitimado pelas tomadas de decisão dos mesmos, constituiu-se, como um processo de discussão teórico e prático em enfermagem de família. Cremos que com a implementação dos processos de mudança se tornará possível dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados direccionados á família como unidade de intervenção.

Palavras-chave: Família; Enfermagem de Família; Modelos de Enfermagem; Investigação-acção

ABSTRACT

Family Nursing is based on systemic thinking, focusing both on the family system and in individual systems, emphasizing the interaction and reciprocity between the family members (Friedman, 1998). However, the approach of care remains focused on the individual and the family as a unit conceptualized divisible into parts. In a social context characterized by new needs in health, primary health care emerged as the structuring of new nursing practice focused on family as a unit and the target of care.

We want to help define the body of knowledge of nursing in the Family Nursing and increase the potential of professional practice to meet the needs of families in nursing care. Centered on a journey of research-action, which lasted 4 years, the study was developed at an Health Center.

From the Analysis of models in use, on the representations of nurses, the discourse on practice with families and documentation of care emerged the reconstruction and operationalization of the family care model and action plan for change. Supported by Assumptions of Family Nursing and the experiences of nurses in their action contexts with families, the Dynamic Model of Family Assessment and Intervention is the result of questioning the practice.

Finally, there was the adequacy of documentation standards of the Support Informatic System for Nursing Practice (SSNP) to the structure of the Family Care Model.

The evaluation of the impact of change has permitted the incorporation of the need for a practice focused on family, with a design based on the Care Model co-constructed. Besides the description of decision-making processes, it was the congruence between the discourses on the practices and documentation of care produced.

The co-construction of a Care Model from the needs identified by nurses, legitimated by their decision-makers, was, a theoretical and practical discussion process of Family Nursing. We believe that with the implementation of the processes of change; will become possible to give visibility to the contributions of nursing care in the context of care directed to the family as the unit of intervention.

Keywords: Family; Family Nursing; Nursing Models; Research-action

RÉSUMÉ

L'infirmier de la famille apparaît fondé sur la pensée systémique, conceptré à la fois sur le système de la famille et les systèmes individuels, mettant sur enfévidence l'interaction et la réciprocité entre les membres de la famille (Friedman, 1998). Toutefois, la démarche de soins continue centrée sur l'individu, et la famille est conceptualisé comme une unité divisible en parties. Dans un contexte social caractérisé par des nouveaux besoins en matière de santé, les Soins de Santé Primaires émergent comme un contexte structurant de nouvelles pratiques de soins d´infirmiers, concentré sur la famille comme unité et objet de soins.

Nous prétendons contribuer à la définition de l´ensemble des connaissances du personnel infirmier dans le secteur de la famille et augmenter le potentiel de la pratique professionnellle pour répondre aux besoins des familles dans les soins infirmiers.

Centré sur un parcours de recherche-action, qui a duré 4 ans, l'étude a été développé au Centre de Santé.

De l'analyse des modèles en usage, à partir des représentations des infirmiers, les discours sur les pratiques des familles et la documentation de leurs soins, a émergé la reconstruction et la mise en oeuvre du modèle de soins à la famille comme plan d'action pour le changement. Soutenu par les présuppositions L'infirmier de la famille et par les expériences des infirmiers dans leurs contextes d'action avec les familles, le Modèle Dynamique d'Èvaluation et d'Intervention de la famille apparait comme le résultat de la problématisation des pratiques.

Enfin, nous avons fait l´adéquation des normes de documentation du système d´aide à la pratique des soins infirmiers et à la structure du modèle de soins. L'évaluation de l'impact du changement a permis de vérifier l´incorporation de la nécessité d'une pratique centrée sur la famille, avec une conception de soins basée sur le modèle de co-construction. En outre de la description des processus de décision, nous avons mis en valeur la congruence entre les discours sur les pratiques de soins et la documentation des soins produits.

La co-construction d'un modèle de soins a partir des besoins identifiés par les infirmiers, légitimé par les prises de décision des mêmes, s'est constituée comme un procés de débat théorique et pratique dans lessoins des infirmiers de famille. Nous croyons qu'avec la mise en oeuvre des proces de changement, il sera possible de donner de la visibilité à la contribution des soins d´infirmier dans le contexte des soins dirigés à la famille comme unité d'intervention.

Mots-clé: famille, L'infirmier de la famille, modèles de métier d'infirmier ; recherche-action

ABREVIATURAS e SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ADI – Apoio Domiciliário Integrado
ANA – American Nurses Association
CIE – Conselho Internacional de Enfermeiras
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem
CNA – Canadian Nurses Association
CS – Centro de Saúde
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direcção Geral da Saúde
EUA – Estados Unidos da América
FHNM – Family Health Nursing Model
FNH – Family Health Nurse
FNU – The Family Nursing Unit
GRAPE – Grupo de Reflexão e Apoio à Prática de Enfermagem
GRECSP – Grupo Reflectir Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários
ICN – International Council of Nurses
ICNP – International Classification for Nursing Practice
IFNC – International Family Nursing Conference
INE – Instituto Nacional de Estatística
ISO – International Organization for Standardization
MCAF – Modelo Calgary de Avaliação da Família
MCIF – Modelo Calgary de Intervenção na Família
MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários
MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
MRI – Mental Research Institute
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
P – Prática
PNS – Plano Nacional de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SI – Sistema de Informação

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

T – Teórica

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

TP – Teórica-Prática

UC – Unidades Curriculares

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULSM– Unidade Local de Saúde de Matosinhos

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Universidade de São Paulo

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO: apresentação do estudo.....29

1.1 – Justificação do Estudo.....29
1.2 – Finalidade e Objectivos.....34
1.3 – Perguntas de Investigação.....35
1.4 – Paradigma de Investigação.....36
1.5 – Visão Global do Estudo.....43
1.6 – Considerações Éticas.....46
1.7 – Estrutura do Relatório da Dissertação.....48

CAPÍTULO 2 - O MODELO DE ANÁLISE – ENFERMAGEM DE FAMÍLIA.....51

2.1 – Enquadramento Macrossistémico.....52
2.2 – Enquadramento Exo e Mesossistémico.....79
2.3 – Enquadramento Microssistémico.....116

CAPÍTULO 3 - ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA: dos modelos expostos aos modelos em uso.....189

3.1 – Modelos Formativos.....189
3.1.1 – Procedimentos na recolha de informação.....190
3.1.2 – Procedimentos de tratamento e análise da informação.....190
3.1.3 – Resultados e discussão da análise dos modelos formativos.....191
3.2 – Modelos em Uso: representações, descrições e documentação dos cuidados.....203
3.2.1 – Objectivos.....203
3.2.2 – Características da população.....204
3.2.3 – Caracterização do contexto.....205
3.2.4 – Procedimentos na recolha de dados.....206
3.2.5 – Procedimentos de tratamento e análise dos dados.....208
3.2.6 – Resultados e discussão das representações dos enfermeiros sobre família, saúde familiar, enfermagem de família e do seu papel na prestação de cuidados à família.....211
3.2.7 – Resultados e discussão da análise dos discursos dos enfermeiros sobre a sua prática de cuidados às famílias.....218
3.2.8 – Resultados e discussão da análise da documentação de enfermagem: da concepção e execução de cuidados de enfermagem.....230

3.2.8.1 – Avaliação inicial 231
3.2.8.2 – Fenómenos de enfermagem 235
3.2.8.3 – Intervenções 243
3.2.9 – Os Cuidados de enfermagem às famílias: síntese reflexiva 245

CAPÍTULO 4 - O PERCURSO DA MUDANÇA: co-construção do modelo de cuidados de enfermagem de família 247

4.1 – Planeamento da Acção 248
4.2 – Implementação da Acção 253
4.3 – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: especificação ... 267
4.3.1 – Avaliação Familiar 268
4.3.2 – Intervenção Familiar: dos diagnósticos de enfermagem de família à avaliação de resultados 300

CAPÍTULO 5 - A AVALIAÇÃO DO IMPACTE DA MUDANÇA: representações, discursos e documentação 305

5.1 – Características da População 306
5.2 – Procedimentos na Recolha de Dados 308
5.3 – Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados 308
5.4 – Resultados e Discussão das Representações dos Enfermeiros sobre Família, Saúde Familiar, Enfermagem de Família e do seu Papel na Prestação de Cuidados à Família 309
5.5 – Resultados e Discussão da Análise dos Discursos dos Enfermeiros sobre a sua Prática de Cuidados às Famílias 318
5.6 – Resultados e Discussão da Análise da Documentação de Enfermagem: da concepção e execução de cuidados de enfermagem 332
5.6.1 – Avaliação Inicial 333
5.6.2 – Fenómenos de Enfermagem 338
5.6.3 – Intervenções 347
5.7 – Os Cuidados de Enfermagem Às Famílias: síntese reflexiva 349

CAPÍTULO 6 - CONCLUSÃO – O MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: o resultado da mudança 352

6.1 – Implicações do Estudo: do processo co-evolutivo às mudanças transformativas 354
6.2 – Limitações do Estudo 364
6.3 – Propostas para o Desenvolvimento de Novos Estudos 365

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....368

ANEXOS 400

Anexo 1 – Autorizações.....402
Anexo 2 – Questionário A.....408
Anexo 3 – Questionário B.....416
Anexo 4 – Planeamento do Processo Formativo 420
Anexo 5 – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (1ª versão).....424
Anexo 6 – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (versão definitiva)..462
Anexo 7 – Manual de Utilização do SAPE – Programa de Saúde da Família 516

Índice de Figuras

Figura 1 – Desenho do Estudo 44
Figura 2 – Diagrama ramificado do MCAF 174
Figura 3 – Diagrama representativo dos critérios para análise da documentação de enfermagem 210
Figura 4 – Diagrama explicativo da etapa Planeamento da Acção.....249
Figura 5 – Diagrama das áreas de atenção familiares por domínios avaliativos 269

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição das unidades curriculares T/TP/P segundo a presença de unidades de registo nas unidades de análise, por instituição de ensino. ...192
Gráfico 2 – Distribuição das unidades curriculares ensino clínico/estágio segundo a presença de unidades de registo nas unidades de análise, por instituição de ensino 193
Gráfico 3 – Representações de Saúde Familiar: categorização e frequência das unidades de registo 213
Gráfico 4 – Representações sobre o papel do enfermeiro na prestação de cuidados á família: categorização e frequência das unidades de registo.....216
Gráfico 5 – Descrição dos enfermeiros sobre as estratégias que utilizam para avaliarem os resultados decorrentes das intervenções: categorização e frequência relativa das unidades de registo 224
Gráfico 6 – Distribuição percentual dos focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos por Domínios da ICNP/CIPE®.....237
Gráfico 7 – Representações de Saúde Familiar: categorização e frequência das unidades de registo 312
Gráfico 8 – Representações sobre o Papel do Enfermeiro na Prestação de cuidados á família: categorização e valor percentual das unidades de registo 317
Gráfico 9 – Descrição dos enfermeiros sobre as estratégias que utilizam para avaliarem os resultados decorrentes das intervenções: categorização e frequência relativa das unidades de registo 325
Gráfico 10 – Distribuição percentual dos focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos por Domínios da ICNP/CIPE®.....340

Índice de Quadros

Quadro 1 – Categorização das unidades de registo expressas nos objectivos das unidades curriculares T/TP/P que integram a temática "Família" 196
Quadro 2 – Categorização das unidades de registo expressas nos objectivos das unidades curriculares ensino clínico/estágio que integram a temática "Família" 197
Quadro 3 – Categorização das unidades de registo expressas nos conteúdos das unidades curriculares que integram a temática "Família" 199
Quadro 4 – Representações de Família: categorização e frequência das unidades de registo.....212
Quadro 5 – Representações de Enfermagem de Família: categorização e frequência das unidades de registo 214
Quadro 6 – Representações sobre a equipa de prestação de cuidados à família: categorização e frequência das unidades de registo 215
Quadro 7 – Distribuição numérica e percentual das intervenções por tipo de acção, segundo os discursos dos enfermeiros.....224
Quadro 8 – Plano da preparação para a mudança 252
Quadro 9 – Categorias Avaliativas da dimensão desenvolvimental segundo a etapa do ciclo vital.....261
Quadro 10 – Áreas de Atenção e dimensões do MDAIF referentes à dimensão estrutural 275
Quadro 11 – Áreas de Atenção e dimensões do MDAIF referentes à dimensão de desenvolvimento.....276
Quadro 12 – Categorias avaliativas da dimensão conhecimento do papel, segundo a etapa do ciclo vital 283
Quadro 13 – Categorias avaliativas da dimensão comportamentos de adesão - papel parental, segundo a etapa do ciclo vital 287
Quadro 14 – Categorias avaliativas das dimensões Consenso, Conflito e Saturação do Papel 292
Quadro 15 – Comunicação Familiar: Categorias avaliativas e especificação dos itens..294
Quadro 16 – Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos por dimensão familiar.....302
Quadro 17 – Representações de Família: categorização e frequência das unidades de registo.....310
Quadro 18 – Representações de Enfermagem de Família: categorização e frequência das unidades de registo 313

Quadro 19 – Representações sobre a equipa de prestação de cuidados à família: categorização e frequência das unidades de registo 315
Quadro 20 – Distribuição numérica e percentual das intervenções por tipo de acção, segundo os discursos dos enfermeiros 324

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Descrição dos enfermeiros sobre os tipos de famílias que mais necessitam dos seus cuidados: categorização e frequência das unidades de registo 218
Tabela 2 – Descrição dos enfermeiros sobre as estratégias que utilizam para identificar a necessidade de cuidados nas famílias: categorização e frequência das unidades de registo 220
Tabela 3 – Descrição dos enfermeiros sobre os focos de atenção que utilizam na avaliação inicial da família 221
Tabela 4 – Descrição dos enfermeiros sobre os obstáculos à prática de enfermagem de família: Categorização e frequência das unidades de registo 226
Tabela 5 – Descrição dos enfermeiros sobre o desenvolvimento de uma intervenção a uma família: Categorização e frequência das unidades de registo 227
Tabela 6 – Distribuição dos dados referentes à avaliação inicial dos indivíduos, segundo o valor médio de dados documentados por categoria.....231
Tabela 7 – Distribuição das categorias dos dados referentes à avaliação inicial dos indivíduos, segundo o valor médio de dados documentados na categoria...233
Tabela 8 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos das famílias.....235
Tabela 9 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Pessoa ICNP/CIPE® 238
Tabela 10 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Função (ICNP/CIPE®).....240
Tabela 11 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Família (ICNP/CIPE®).....240
Tabela 12 – Distribuição do número de registos por tipo de portador utilizado nos enunciados diagnósticos dos indivíduos (ICNP/CIPE®) 243
Tabela 13 – Distribuição das intervenções documentadas por tipo de acção (ICNP/CIPE®) 244
Tabela 14 – Descrição dos enfermeiros sobre os tipos de famílias que mais necessitam dos seus cuidados: categorização e frequência das unidades de registo 318
Tabela 15 – Descrição dos enfermeiros sobre as estratégias que utilizam para identificar as necessidades de cuidados nas famílias: categorização e frequência das unidades de registo 320
Tabela 16 – Descrição dos enfermeiros sobre os focos de atenção que utilizam na avaliação inicial da família 322

Tabela 17 – Descrição dos enfermeiros sobre os obstáculos à prática de enfermagem de família: categorização e frequência das unidades de registo..... 327
Tabela 18 – Descrição dos enfermeiros sobre o desenvolvimento de uma intervenção a uma família: categorização e frequência das unidades de registo..... 329
Tabela 19 – Distribuição dos dados referentes à avaliação inicial das famílias, segundo o valor médio de dados documentados por categorias 334
Tabela 20 – Distribuição das categorias dos dados referentes à avaliação inicial dos indivíduos, segundo o valor médio de dados documentados na categoria .. 337
Tabela 21 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos das famílias 339
Tabela 22 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Pessoa (ICNP/CIPE®) 341
Tabela 23 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Função (ICNP/CIPE®) 344
Tabela 24 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Família (ICNP/CIPE®) 344
Tabela 25 – Distribuição do número de registos por tipo de portador utilizado nos enunciados diagnósticos dos indivíduos (ICNP/CIPE®)..... 347
Tabela 26 – Distribuição das intervenções documentadas por tipo de acção (ICNP/CIPE®) 348

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO: apresentação do estudo

Desenvolvemos um projecto direccionado para a enfermagem de família, enquanto objecto de estudo, orientado por uma matriz onto-epistemológica centrada na abordagem sistémica e na investigação-acção, enquanto processo metodológico.
Este foi realizado ao longo de quatro anos, com início em Janeiro de 2005, num Centro de Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).
Centralizou-se no desenvolvimento de práticas direccionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem, a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Assumiu-se a necessidade da reflexão processual face à complexidade dos contextos da acção onde se desenvolvem as interacções com as famílias, justificando uma prática cada vez mais proficiente
A dissertação apresentada pretende ser assim um lugar de descrição e reflexão do percurso de investigação-acção, que permitiu a co-construção de um modelo de cuidados de enfermagem de família a partir de um processo contínuo de transformação de significados. A circularidade pragmática que imbui a epistemologia, o corpo teórico e a abordagem terapêutica, no domínio da enfermagem de família, determinou o desenvolvimento desta trajectória, consolidando-a como uma área disciplinar no contexto geral da enfermagem.

1.1 – Justificação do Estudo

A família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Considerada como um conjunto de indivíduos ligados por relações, em permanente interacção com o exterior, constitui-se como um grupo complexo com funções sociais definidas (Minuchin, 1990; Hanson, 2005; Alarcão, 2002).
Como sistema é compreendida como um todo e partes indivisíveis, implicando uma visão global da sua estrutura e desenvolvimento (Bertalanffy, 1977), num contexto ecossistémico mediado pelos processos adaptativos inerentes às competências de auto-organização do sistema familiar.

Enquanto unidade social dinâmica, a família constitui-se como um sistema de interacção que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais (Andolfi, 1981). Incorpora uma organização complexa, inserida num contexto social mais amplo, que tem uma história e cria história, numa rede múltipla de relações de intercontextualidade (Slepoj, 2000; Biasoli-Alves, 1999; Burguiére, Christianee, Segalen & Zonabend, 1999; Engels, 2000).

A família é vista frequentemente como célula fundamental da sociedade, a sua estrutura e capacidade de adaptação funcional, determinam a qualidade da vida social. Sujeita a pressões internas e externas que implicam variações e flutuações no seu equilíbrio, rege-se pelo princípio de acoplamento estrutural, que permite o processo mútuo de mudança entre o sistema e o ambiente (Bateson, 1987).

Reportando-nos ao modelo sistémico, como paradigma de abordagem da família, a saúde é considerada na perspectiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação num *continuum* entre estabilidade e mudança que permite transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida (Relvas, 1996; Alarcão, 2002).

A compreensão da família a partir deste paradigma permite-nos conceptualizá-la num contexto de diversidade que ultrapassa a visão de família nuclear, acompanhando a evolução do conceito de família *"modificado e reconstruído a par da evolução dos contextos e estruturas sociais"* (Figueiredo, 2006:11).

As transformações na sociedade portuguesa nas últimas décadas implicaram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar, ultrapassando as novas formas de famílias e alargando-se ao aumento da diversidade de interacções conjugais, mesmo no âmbito das estruturas familiares tradicionais, como as famílias nucleares.

Apesar destes processos de transformação da estrutura e da organização familiar, esta mantém-se como unidade emocional e afectiva caracterizando-se essencialmente pelas suas dimensões psicológica e social.

As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa.

As práticas de cuidados aos indivíduos levam a identificar-nos que ainda hoje a família é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso de integrar as famílias nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2002; Martins, 2002; Bousso, Tito & Pires, 2004; Simpson & Tarrant, 2006).

Os cuidados à família desenvolveram-se a par da evolução dos cuidados de enfermagem, sendo tradicionalmente os enfermeiros que cuidavam das pessoas no seu

domicílio. A interacção com as famílias esteve sempre presente nos cuidados de enfermagem, pois como referem Wright & Leahey (2002:14) *"a enfermagem surgiu nas casas dos pacientes"* evidenciando-se a enfermagem de família, no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde dos seus sub-sistemass e consequentemente da saúde global.

Nesta perspectiva, a enfermagem de família, reportando-se à relação entre os elementos que se influenciam mutuamente e evoluem numa interacção recíproca e cumulativa, é consubstanciada num paradigma ecossistémico.

A circularidade pragmática que imbui a epistemologia, o corpo teórico e a abordagem terapêutica, no domínio da enfermagem de família, tem determinado o seu desenvolvimento, consolidando-a como uma área disciplinar no contexto geral da enfermagem. Tem o seu desenvolvimento teórico fundamentado em teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias de enfermagem, cuja integração permitiu o desenvolvimento teórico, prático e de investigação em enfermagem de família (Feetham, 1991; Whyte, 1997; ICN, 2002a; Wright & Leahey, 2002).

Com a finalidade de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem enfatiza as interacções entre os membros da família para que estes possam "*juntos, tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável*" (Hennessy & Gladin, 2006:9).

Nesta perspectiva os cuidados de enfermagem são centrados na unidade familiar, concebendo a família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família.

Os pressupostos sistémicos associados à enfermagem de família integram uma filosofia de cuidados colaborativos, visando apoiar a família na procura de soluções para os problemas identificados e, englobando-a no planeamento e execução das intervenções (Whyte,1977; Wright & Leahey, 2002). Integrando todos os tipos de famílias, não considerando famílias impróprias ou inadequadas (Friedman, 1998), centra-se nos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar promovendo o seu crescimento e desenvolvimento.

A enfermagem de família emerge da mutualidade entre saúde e funcionamento da família sendo que os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros.

A família, enquanto grupo identitário, constitui-se assim como factor de adversidade ou de protecção relativamente aos processos de saúde e doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento. A adaptação às novas

situações, sejam elas internas ou externas, assegura a mudança e continuidade da família, que, revestida de mais ou menos stresse, possibilita o funcionamento efectivo do sistema familiar que se processa num contexto co-evolutivo e transformativo.

Compreendemos assim o enfoque da enfermagem de família nas relações e nas interacções, em que a finalidade da intervenção é a mudança, numa perspectiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interaccionais, funcionais e estruturais do sistema familiar.

Em síntese, os objectivos da enfermagem de família centram-se na capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável dos seus constantes processos de mudança.

Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2002), que derivam das questões de saúde e dos processos de vida. Por isso se torna essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direccionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

Ao acompanharmos o desenvolvimento das famílias no processo de assistência comunitária ficámos convictas de que o enfermeiro tem um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias, sendo emergente que a prática de cuidados se baseie nos pressupostos da enfermagem de família.

Efectivamente a inclusão da família como alvo dos cuidados de enfermagem, enquadra-se a nível internacional na Saúde 21, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para todos na Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS). Foram colocados novos desafios à enfermagem tendo em vista o desenvolvimento da enfermagem de família, pela sua contribuição na promoção da saúde familiar e colectiva. Evidencia-se o papel do enfermeiro como gestor e organizador de recursos que possibilitem a potencialização das forças das famílias, enquanto sistemas sociais dinâmicos e pró-activos nos seus processos de vida. São referenciados como promotores de saúde, pela materialização do seu papel no trabalho de proximidade com as famílias.

A segunda Conferência Ministerial da Enfermagem da OMS – Região Europeia, com a aprovação da Declaração de Munique, reforçou o papel primordial dos enfermeiros de saúde familiar nos diversos contextos de saúde, consagrando a sua importância no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde (OE, 2002).

Incorporando uma filosofia de cuidados centrados na família, verificamos que as práticas de CSP, assentam, numa lógica de proximidade e continuidade, reportando-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção

da doença, tratamento e reabilitação (OMS, 2000; ICN, 2002a; Schober & Affara; 2001; OE, 2002).

Em Portugal, os CSP constituem-se como a base do sistema de saúde, sendo reconhecidos no Programa do XVII Governo Constitucional como a base de sustentação de um sistema acessível, eficiente e equitativo. As orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2004-2010 (DGS, 2004) enfatizam a intervenção de rede e a implementação de equipas multidisciplinares, com um paradigma de abordagem dos cuidados centrados na família e no ciclo de vida.

Com o enquadramento legislativo actual dos CSP estamos perante um modelo direccionado para os cuidados de proximidade efectivados pelas Unidades de Saúde Familiar (USF). Estas assumem-se como unidades fundamentais de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares (Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto), emergindo como contexto para direccionar o alvo e o foco da prática de enfermagem para o sistema familiar.

Constatamos que o indivíduo se mantém como unidade de referência, contudo a transversalidade da família como alvo dos cuidados no contexto dos CSP, leva-nos a admitir que, apesar da descontinuidade nas últimas décadas na evolução do sistema de saúde em Portugal, é reconhecida a importância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades. Da mesma forma evidencia-se o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança dos CSP, através da enfermagem de família, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Poderíamos considerar estarem reunidas as condições para implementar a enfermagem de família, quer pelos desenvolvimentos no seu domínio de conhecimento quer pelo enquadramento legislativo que alicerça a evolução e reorganização dos serviços de saúde em Portugal. Contudo a família ainda é vista pela enfermagem de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar (Friedman, 1998; Elsen, Coleta & Gisele, 2002; Hanson, 2005).

Julgamos existirem muitos factores que contribuem para que os cuidados de enfermagem se mantenham centrados no indivíduo e não na família, desde a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem, os recursos humanos e materiais até à formação escassa dos profissionais em enfermagem de família (Figueiredo & Martins, 2009).

Com efeito o acompanhamento das famílias inicia-se habitualmente por um dos seus membros se encontrar doente (Ângelo & Bousso, 2008) sendo a forma como os enfermeiros conceptualizam os cuidados de saúde um factor determinante nos processos

de tomada de decisão desde a concepção à execução dos cuidados à família. Por isso a importância da discussão em torno do progresso na investigação em enfermagem de família, assim como o seu impacto na incorporação de novos modelos de práticas (Loveland-Cherry, 2006).

Neste sentido consideramos que a intervenção de enfermagem com as famílias requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções, pois os modelos conceptuais estabelecem um quadro de referência e um modo coerente de pensar sobre família.

Os modelos devem permitir a flexibilização aos diversos níveis de actuação e ainda às especificidades dos contextos, de forma que a intervenção seja caracterizada pela promoção de mudança que implique um funcionamento efectivo do sistema familiar. Para isso o foco de atenção da enfermagem, no contexto dos CSP, deve ser direccionado aos projectos de saúde que cada família vive ao longo do seu ciclo vital, focalizando-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

A enfermagem, em Portugal, tem-se adaptado aos contextos sociais, económicos e políticos, assim como à forma de perspectivar o ser humano e a saúde (Nunes, 2003). O percurso evolutivo da profissão, em paralelo com a investigação que consolida a família enquanto objecto de estudo da enfermagem de família e, ainda a reforma dos CSP, constituem-se como elementos fulcrais na incorporação dos cuidados à família como alvo da prática profissional.

1.2 – Finalidade e Objectivos

O estudo desenvolvido procurou explorar as práticas dos enfermeiros centradas nas famílias, no contexto dos CSP, integrando-o na actual política nacional onde a enfermagem de família encontrou a sustentação política que lhe permite afirmar-se num contexto multiverso de novas realidades e necessidades de saúde familiar.

Pelo percurso profissional que desenvolvemos em CSP, consciencializamo-nos que, embora os desenvolvimentos enumerados a nível do conhecimento em enfermagem de família e do enquadramento favorável à consolidação de cuidados de enfermagem centrados na família, as práticas de cuidados focalizam-se no indivíduo e muitas vezes ainda imbuídas num paradigma biomédico, que retira a dimensão contextual e processual dos cuidados.

Tínhamos também como verdade que, para que os enfermeiros, no contexto dos CSP, assumam um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de

vida da família, é necessário que reconheçam a unidade familiar como alvo dos seus cuidados.

Com a finalidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias no contexto comunitário, tivemos como objectivos:

- Compreender a intervenção familiar desenvolvida pelos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários;
- Identificar o potencial do exercício profissional para responder às necessidades das famílias em cuidados de enfermagem;
- Contribuir para a definição do corpo de conhecimentos de enfermagem na área de enfermagem de família, a partir de processos co-evolutivos que possibilitassem a transformação do conhecimento em acção e inovação.

1.3 – Perguntas de Investigação

Este estudo incorpora a complexidade dos processos de mudança dos contextos da prática, considerando-os como potencializadores de conhecimento e transformação.

Por isso iniciámos um percurso que se pretendeu alicerçado no entendimento das práticas de cuidados desenvolvidas pelos enfermeiros, nos seus processos de interacção com as famílias.

Neste sentido, de acordo com a finalidade definida para este estudo, adoptamos um conjunto de questões que sustentaram o percurso de investigação, no âmbito dos cuidados de enfermagem centrados na família:

- Quais os modelos conceptuais definidores da enfermagem de família?
- Quais os modelos formativos definidores da enfermagem de família?
- Quais os elementos estruturantes das representações dos enfermeiros sobre os conceitos de família, saúde familiar e enfermagem de família?
- Quais as práticas e os contextos que definem a tomada de decisão no âmbito da intervenção familiar?
- Que referenciais teóricos e metodológicos estão subjacentes às práticas descritas pelos enfermeiros, nos cuidados às famílias?
- Qual a mudança necessária na organização, que possa contribuir para a implementação efectiva de cuidados alicerçados nos pressupostos da enfermagem de família?
- Que factores interferem com um processo de mudança dos modelos de cuidados de enfermagem de família, fundamentados nas necessidades das práticas?

- Que modelo de cuidados assegurará a incorporação de referenciais sistémicos numa lógica operativa que possibilite a aproximação entre os pressupostos da enfermagem de família e as práticas efectivas desenvolvidas pelos enfermeiros?

Assumiu-se a necessidade da reflexão processual face à complexidade dos contextos da acção onde se desenvolvem as interacções com as famílias, justificando a focalização nas interacções recursivas e contextuais, numa perspectiva de co-construção de novas práticas centradas na família.

1.4 – Paradigma de Investigação

Os paradigmas assentam numa visão filosófica, epistemológica e ideológica da relação sujeito e objecto (Triviño & Sanhueza, 2005), que incorporam as crenças e valores subjacentes à prática científica e que formam uma determinada visão da realidade que guia o investigador na sua acção (Capra, 1996; Schwandt, 1994).

De acordo com Schwandt (1994) o paradigma integra três domínios de questões interdependentes:

- Questão ontológica que se reporta à natureza da realidade e o que se pretende conhecer dela;
- Questão epistemológica associada à natureza da relação entre o que se conhece, o que se procura conhecer e o que pode ser conhecido, centrada na forma como se pode entender essa realidade;
- Questão processual ou metodológica que integra os modos de aceder à realidade que se pretende conhecer.

É pois a questão onto-epistemológica, que se refere à natureza do problema, que leva à decisão metodológica, tendo em conta as orientações epistemológica/filosófica e processual (Apóstolo & Gameiro, 2005).

A metodologia corresponde assim ao corpo de conhecimentos que incorporam as técnicas e os elementos teóricos subjacentes (Demo, 2000) considerando o método como o conjunto de referenciais teóricos que orientam a investigação e as técnicas de pesquisa (Apóstolo & Gameiro, 2005). Em síntese, a metodologia representa o conjunto das directrizes que orientam a investigação (Herman, 1986 cit. por Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2005).

É neste enquadramento que a problematização das questões investigáveis que despontam da análise reflexiva das práticas com as famílias, reiteram a acção e inovação como elementos fulcrais da produção de conhecimento, num processo contínuo de

construção de significados que permite a internalização da informação e a capacidade de a utilizar em novas situações.

Assumindo-se as práticas de enfermagem direccionadas à família, no domínio do conhecimento da enfermagem de família, como objecto de estudo, adoptamos a postura de que a construção do conhecimento incorpora a complexidade, intersubjectividade e instabilidade dos sistemas como as relações causais recursivas, a imprevisibilidade e a realidade multiversa. Neste sentido a matriz onto-epistemológica do nosso estudo é entendida numa base conceptual ecossistémica, centrada numa abordagem sistémica, holística e globalizante.

Consideramos aqui a base conceptual como o conjunto de referenciais que ajudam na compreensão da realidade e que se constituem como ferramenta para guiar a investigação e integrá-la num corpo de conhecimentos (Morse, 2007).

A natureza qualitativa deste estudo, centrada no modo como os seres humanos interpretam e atribuem significado à sua realidade subjectiva (Munhall & Boyd, 1993), influenciada pela e na interacção com o contexto, alicerçada no envolvimento entre o investigador e os sujeitos do contexto (Quivy & Campenhoudt, 1998; Boyd, 1993; Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2005).

Partindo da realidade complexa, assumida por Popper (1997) como pluralista e por Maturana & Varela (2005) como multiversa, num contexto de validação de múltiplas realidades em que o sujeito é considerando o *"ser-no-mundo-com-os-outros"* (Apóstolo & Gameiro, 2005: 31), o estudo incorpora uma visão interpretativa da realidade social (Bogdan & Biklen, 1994). Predomina assim, conforme Lessard-Hébert, Goyette & Boutin (2005), a interacção no terreno sem recorrer ao distanciamento do contexto.

A fonte é pois o ambiente natural, em que o processo é mais valorizado que os resultados e predomina a análise indutiva pela compreensão a partir das perspectivas dos sujeitos e por isso predominando o seu carácter exploratório, expansionista e descritivo (Bogdan & Biklen, 1994), baseando-se nas realidades percepcionadas e orientando-se para a descoberta, no sentido da transformação dessas mesmas realidades, reconhecendo-as como complexas e dinâmicas (Boyd, 1993).

Por isso as interacções com as práticas e os sujeitos constituíram-se como oportunidades de situar os problemas no seu contexto, descrevendo-os nesse contexto (Flick, 2005) e a partir daí foi possível a co-construção de uma nova realidade multiversa.

Partimos então de uma perspectiva construtivista, considerando a interacção mútua e progressiva entre os agentes do contexto, as propriedades sempre em transformação do mesmo contexto, dos seus meios imediatos e, ainda, o tempo.

O contexto aqui enquadrado como o meio onde se desenrolam os processos e o tempo como os factores que influenciam os grupos e os seus elementos, simbolizadores de

história (Bronfenbrenner & Morris, 1998). As realidades transformativas requerem para o sucesso das transições ecológicas a mobilização do conhecimento e das experiências significativas dos sujeitos para que estes se possam posicionar em outro nível conceptual e prático.

É neste pressuposto que se baseiam Lackey & Walker (1998) quando se referem à investigação em enfermagem de família salientando que, os processos das pessoas nos seus ambientes devem ser vistos como interdependentes e analisados em termos sistémicos.

O mundo vivido é então uma representação construída a partir da interacção entre os agentes de investigação e dos agentes investigados (Sousa, 2006) numa realidade dinâmica e co-construida, visando construir e conceber um conhecimento projectivo (Le Moigne, 1999). Evidencia-se no contexto a intersubjectividade, decorrente dos diferentes sujeitos/observadores (Vasconcellos, 2002), que fazem parte da mesma rede comunicacional.

Privilegiou-se a interacção do sujeito observador e do objecto observado mais do que a sua separação, em que o conhecimento como *"projecto construído"* (Le Moigne, 1999:73), é um processo antes de ser um resultado, caracterizado pela actividade dialógica subjacente à impossibilidade de separar o observador do sistema observado (Grandesso, 2000).

Esta postura construtivista, cuja co-construção da realidade é materializada por consenso entre os observadores, é também alicerçada nos trabalhos de Maturana & Varela (2005) e de Foerster (1996), este último a partir dos desenvolvimentos contemporâneos da cibernética que levaram ao conceito de auto-referência dos sistemas, em que o observador integra o sistema e co-evolui com este.

Os sistemas tendem à mudança progressiva (Bateson, 1987), numa visão de realidades impregnadas de co-construções sociais. Maturana & Varela (2005) referem-se ao mundo que cada um vê, como o mundo co-criado com os outros, sendo, assim, a realidade baseada na história das interacções.

Nesta direcção ideológica Guba & Lincoln (1994) concebem o construtivismo como um meio de conhecer a realidade através de transacções dialécticas. O conhecimento surge num enquadramento destas transacções através de construções consensuais que levam à mudança do significado e a novas realidades.

A investigação deve então contribuir para transformar as práticas (Colliére, 1989) desenvolvendo teorias adequadas à representação do mundo empírico e que permita a organização da realidade através de inferências que são sistematicamente conferidas no processo de pesquisa. Benjumea (1998) salienta que mesmo os estudos de natureza

qualitativa permitem o desenvolvimento de modelos e teorias de enfermagem sobre as realidades e assim contribuir para a fundamentação teórica da disciplina.

Foi neste enquadramento que utilizamos a investigação-acção, enquanto abordagem metodológica orientadora do estudo. Visando a implementação de novas práticas nos cuidados à família através de um conhecimento prático e o desenvolvimento de teoria em enfermagem de família, julgamos ainda poder contribuir para mudar as teorias existentes ou formular novas, para que os profissionais, nos seus contextos, pudessem fazer a sua implementação.

O conhecimento prático está relacionado com o local onde é desenvolvida a investigação, funcionando o investigador como perito na área, em termos de colheita de dados, apesar das decisões serem tomadas em conjunto com os participantes, que funcionam como co-investigadores (Wallis, 1998; Tolley, 1995; Streubert & Carpenter, 2002). Pode ser assim entendido como o conhecimento sobre o que poderá vir a ser conseguido (Benner, Tanner & Chesla, 1996) num contexto de práticas socialmente construídas nas interacções clarificadas pelos conteúdos científicos.

É neste pressuposto que se consolida o domínio do conhecimento da disciplina, constituindo-se como o eixo da mesma a partir do seu limite teórico e prático que advém dos pontos de interesse e das questões significativas para os elementos desse domínio (Meleis, 1997).

Ainda considerando que a produção de novo conhecimento constrói-se pela procura de soluções de situações problemáticas reais, que permite a justaposição da prática com a teoria (McKay & Marshall, 1999), reportando-se tanto aos aspectos conceptuais como às experiências, pois é a forma de conhecimento construída a partir dos contextos de actuação (Sousa, 2006). Permitindo a incorporação dos conhecimentos favorece a atitude reflexiva, implicando os participantes na gestão das situações da prática.

Não visando a generalizar as soluções, pois aplica-se a um contexto específico, a investigação-acção caracteriza-se por ser um processo complexo, colectivo, baseado num modelo de resolução de problemas com a implicação dos destinatários das inovações (Silva & Pinto, 1999) e que ajudando a reconhecer o significado da profissão, leva à transformação das práticas pela coerência entre o pensamento e acção (Muñoz, Quintero & Munévar, 2002).

A investigação-acção foi inicialmente utilizada por Kurt Lewin, articulando a produção de conhecimento com as mudanças nos sistemas sociais e integrando o investigador nessa mudança (Hart & Bond, 1995; Streubert & Carpenter, 2002; Silva & Pinto, 1999; Máximo-Esteves, 2008).

Alguns dos conceitos fulcrais neste desenvolvimento foram a teoria do campo e a dinâmica de grupo (Máximo-Esteves, 2008) A primeira refere-se à concepção dos

comportamentos através das forças e tensões criadas nos seus campos vitais -tudo o que influencia o indivíduo, que decorrem dos processos de recursividade entre as suas partes. O segundo assume que as pessoas trabalham em função de objectivos que geram interdependências e cuja dinâmica interaccional é geradora de mudanças.

Os objectivos da investigação-acção centram-se na produção de conhecimento sobre a realidade (Silva & Pinto, 1999), com a finalidade da criação de mudança a partir dos contextos da interacção, dinâmicos e auto-organizativos.

Constituindo-se como um processo contínuo de problematização de práticas, Máximo-Esteves, (2008:11) caracteriza-o da seguinte forma. *"Agir e investigar a acção para a transformar; formar na acção transformando-a; investigar a transformação para reconstruir o conhecimento praxealógico"*. Estas premissas permitem a construção de conhecimento através das trajectórias e das experiências dos sujeitos e o seu diálogo com o conhecimento científico amplia a dimensão do mesmo, pela sua visão mais emancipadora, tal como afirma Sousa (1989). Sendo esta uma das razões por que Máximo-Esteves, (2008) integra a investigação-acção no pós-modernismo, em que valores, crenças e representações do investigador tornam-se parte da explicação cientifica.

Legitimada como abordagem metodológica por Susman & Evered (1978) a investigação-acção, assume assim as seguintes características:

- **Procura de soluções para os problemas da prática** (Holter & Schwartz-Barcott, 1993), em que a implementação das soluções faz parte do processo de investigação. Esta introdução de transformações com o propósito de dar solução aos problemas corresponde ao que Silva & Pinto (1999) designam como os objectivos de inovação, que leva à transformação social pelo desenvolvimento do processo co-evolutivo. É assim orientada para o futuro, através de mudanças favoráveis (Susman & Evered, 1978);
- **Colaborativa** pela interdependência dos intervenientes do processo (Susman & Evered, 1978; Holter & Schwartz-Barcott, 1993). Os sujeitos contribuem com o conhecimento local contextual e processual e também com as suas expectativas, enquanto o investigador leva o conhecimento das teorias e do processo de investigação, colaborando em todas as etapas no sentido de emergirem soluções concretas para os problemas identificados (Silva & Pinto, 1999). Para Holter & Schwartz-Barcott (1993) o papel do investigador centra-se na transferência de conhecimento ao grupo, enquanto sujeito e objecto da investigação, dando-lhes a possibilidade de esclarecer a sua prática e as suas relações com o resto do sistema social. Contudo as reflexões e conclusões sobre os fenómenos serão mais representativas quando os sujeitos são participantes desse processo (Silva,

2006). Neste enquadramento, embora o envolvimento do investigador seja deliberado, este é um participante chave no processo de investigação, trabalhando colaborativamente com os outros actores envolvidos para, em conjunto, poderem transformar o contexto (McKay & Marshall, 1999);

- **Desenvolvimento de sistemas**, estimulando o desenvolvimento de competências no sentido de monitorizar o processo cíclico inerente à investigação-acção (Susman & Evered, 1978). Conforme Silva & Pinto (1999) os processos de desenvolvimento de competências centram-se na participação e argumentação da estrutura colectiva composta pelo sistema interno que se amplia com a entrada dos investigadores;
- **Gera teoria fundamentada na prática** (Susman & Evered, 1978; Holter & Schwartz-Barcott, 1993), a partir das mudanças pretendidas pelos próprios intervenientes (Cohen & Manion, 1990). Os pontos-chave situam-se na partilha e aprendizagem que resulta na potencialização de todos os envolvidos, considerando o contexto e a sua história. A mudança é realizada a partir de uma grelha de trabalho aceite mutuamente, num processo maioritariamente indutivo gerador de conhecimento (McKay & Marshall, 1999);
- **Situacional**, porque se fundamenta na forma como os participantes definem as situações do contexto e planeiam acções para conseguir a mudança (Susman & Evered, 1978). A tomada de decisão sobre a mudança só será possível com o comprometimento do grupo, implicando a responsabilização dos seus elementos que necessitam de informação e conhecimento sobre a situação (Máximo-Esteves, 2008);
- **Os investigadores avaliam tanto a mudança como o seu processo** (Holter & Schwartz-Barcott, 1993; Cohen & Manion, 1990; McKay & Marshall, 1999; Máximo-Esteves, 2008), implicando a acção rumo à transformação e a análise simultânea dos efeitos dessa mesma acção. A acção e a reflexão formam o eixo estratégico deste processo. A reflexão como meio de aprendizagem que integra a acção e a reflexão sobre a acção, que permite situar-se de novo na actividade, e possibilita a análise reflexiva da mesma (Schön, 1992 cit. por Sousa, 2006). Neste sentido a reflexão sobre as crenças dos intervenientes e as suas práticas assumem-se como componente essencial do desenvolvimento de competências processuais que permitem a avaliação da mudança.

A finalidade da investigação-acção, incorporando os princípios mencionados, é centrada na criação de soluções para problemas que necessitam de mudança, num contexto específico da prática. Identificadas as principais soluções, são implementadas no contexto onde foram identificados os problemas (Streubert & Carpenter, 2002).

Caracteriza-se por ser um processo cíclico, em espiral que envolve a planificação, a acção, observação e reflexão intencional (Holter & Schwartz-Barcott, 1993). Inclui "*o diagnóstico de uma área problema, o desenvolvimento de um plano de acção, a implementação desse plano e avaliação dos seus efeitos, de maneira a que os resultados possam ser aplicados no problema original*" (Nolan & Grant, 1993:305).

Streubert & Carpenter (2002) referem que o planeamento é iniciado com a análise da realidade que permite obter uma perspectiva da situação. Segundo os mesmos autores os profissionais deverão ser incluídos na interpretação final dos resultados, assim como na criação do plano de acção com a descrição do processo de mudança. A etapa da acção reporta-se à implementação das mudanças planeadas e a avaliação, que já deverá estar programada no plano de acção, refere-se à implementação do processo e aos resultados da mudança.

Também Susman & Everedd (1978) representam a investigação-acção como um processo em espiral, adoptando as seguintes fases:

1. Diagnóstico
2. Plano de acção
3. Implementação da acção
4. Avaliação
5. Identificação do adquirido, que se refere à identificação dos dados obtidos.

Os ciclos podem-se repetir até os resultados serem satisfatórios, considerando a dupla finalidade da investigação-acção: gerar conhecimento e mudanças.

A partir destas finalidades McKay & Marshall (1999) referem-se a dois ciclos, um centrado na resolução do problema e outro no interesse da investigação. A visão de duplo processo cíclico de investigação-acção implica a reflexão sobre o método de investigação, que sustenta o interesse da investigação e, simultaneamente sobre o método de resolução de problemas que é utilizado para conduzir a intervenção para a resolução do problema.

O primeiro -método de investigação- refere-se ao tema e às questões de investigação com o devido reconhecimento da literatura relevante, seguindo-se o planeamento e o desenho do projecto de investigação que respondem às questões, integrando a estrutura da acção para posterior implementação. Por ultimo a monitorização do processo de investigação e a avaliação de acordo com as questões iniciais (McKay & Marshall, 1999).

O segundo -método de resolução de problemas- reporta-se à identificação do problema, o planeamento para a resolução dos mesmos e a implementação da acção com a monitorização da eficácia e avaliação dos efeitos das acções no problema (McKay & Marshall, 1999).

O interesse da investigação deve ser centrado neste duplo processo sendo no final importante a explicitação sobre a investigação e sobre a abordagem para a resolução dos problemas.

Consideramos a investigação-acção como a estratégia mais adequada para a criação de um contexto favorável à aprendizagem e análise da realidade dos cuidados de enfermagem. Pretendemos, em função da análise das práticas, procurar compreender a natureza dos problemas e a partir dai estabelecer um plano de mudança para o desenvolvimento de práticas com a família.

1.5 – Visão Global do Estudo

A adopção da investigação-acção permitiu o envolvimento dos enfermeiros, tentando o investigador ser um elemento de mudança, num contexto co-evolutivo que se centrou na tentativa de apropriação da acção para a converter em inovação e conhecimento.

Como referido por Sousa (2006) também aqui tentamos reforçar a tomada de decisão dos enfermeiros, enfatizando a actividade reflexiva ao longo de todo o processo de investigação, tal como o compromisso dos enfermeiros com a mudança visando a sua incorporação nas práticas de forma permanente.

Inerente à metodologia, seguimos uma trajectória flexível que adequamos à complexidade das interacções do contexto onde se pretendeu a produção de novos percursos de práticas com as famílias.

Partindo da abordagem do processo cíclico duplo da investigação-acção (McKay & Marshall, 1999:603), tentamos manter a articulação entre o interesse da investigação e a resolução dos problemas identificados no âmbito das práticas de enfermagem centradas na família. Assim, a investigação-acção como instrumento para o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na família, levando a novo conhecimento prático e, simultaneamente como método para aceder a novos conhecimentos em enfermagem de família.

Adoptamos as fases descritas por Susman & Everedd (1978), em que definimos cinco fases diferenciadas conducentes à prossecução das finalidades do estudo, conforme figura apresentada a seguir (Figura 1).

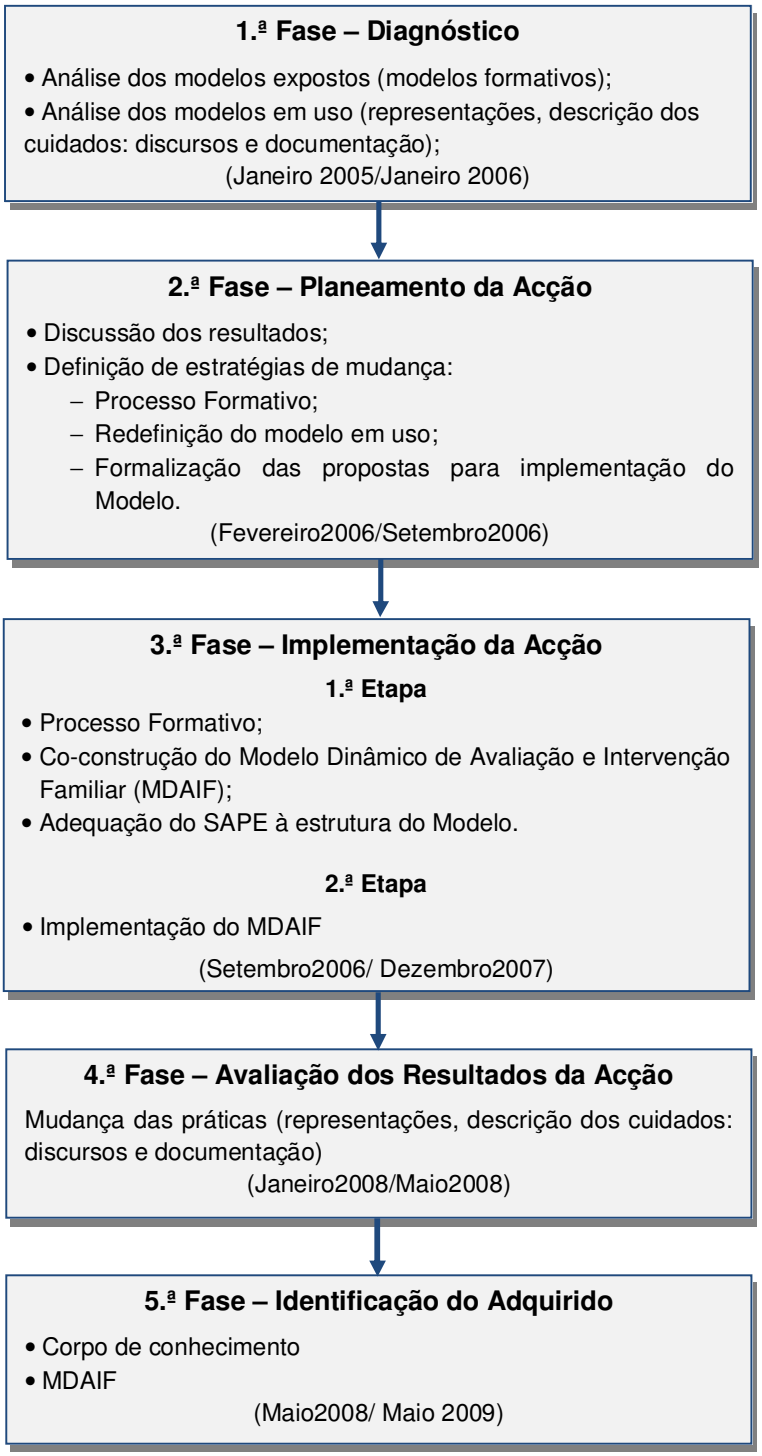


Figura 1 – Desenho do Estudo

A co-construção de um modelo de cuidados de enfermagem de família – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) – constitui-se como o elemento

chave do processo de investigação e simultaneamente a estratégia de acção para a resolução dos problemas identificados.

A complexidade inerente ao processo de mudança que decorreu em simultâneo com mudanças na própria instituição levaram-nos ao ajustamento processual do desenho do estudo.

Considerando o método como o conjunto de procedimentos que permitem chegar ao conhecimento (Winter, 1989), numa perspectiva processual do processo de investigação, as técnicas de pesquisa utilizadas para a obtenção desse mesmo conhecimento devem permitir a triangulação de perspectivas metodológicas (Bogdan & Biklen, 1994).

Esta estratégia, segundo Triviño & Sanhueza (2005) permite a convergência de resultados do mesmo objecto de estudo sem perder a orientação do método. Corresponde à combinação de mais do que uma estratégia de investigação no sentido de possibilitar uma descrição mais ampla do fenómeno (Denzin & Lincoln, 1994), sendo descrito pelos mesmos autores quatro tipos de triangulação:

- Triangulação de investigadores, pela revelação das várias dimensões do fenómeno por mais do que um investigador, de acordo com a sua área de perícia;
- Triangulação de dados, quando é incluída mais do que uma fontes de dados na investigação. Pode reportar-se à recolha de dados em períodos diferentes no tempo, em contextos diferentes e ainda a sujeitos com características diferentes;
- Triangulação de métodos, quando são incluídos dois ou mais métodos de colheita de dados na investigação. Este tipo de triangulação pode ocorrer a nível do desenho da investigação (*triangulação entre-métodos*) ou ao nível da colheita de dados (*triangulação dentro-do-método*). No primeiro caso podem ser utilizadas abordagens de triangulação com a implementação simultânea de métodos qualitativos e quantitativos, ou implementação sequencial. No segundo caso são utilizadas técnicas diferentes de colheita de dados, mas integrada no mesmo paradigma metodológico;
- Triangulação de teorias, que engloba mais do que uma abordagem teórica no processo de investigação, procurando uma compreensão mais aprofundada sobre o fenómeno em estudo.

Neste estudo utilizamos a triangulação de métodos (Denzin & Lincoln, 1994), possibilitando uma descrição mais aprofundada das práticas dos enfermeiros decorrentes das interacções com as famílias.

Na 1ª fase – Diagnóstico - na tentativa da ampliação do foco investigável a partir da compreensão mais integrativa das representações e das descrições das práticas dos enfermeiros, combinamos a análise de conteúdo dos dados obtidos através da aplicação de um questionário auto-administrado com a análise documental da documentação de

enfermagem produzida no Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Relativamente à identificação dos modelos expostos subsequentes aos modelos formativos, fizemos a análise documental dos planos de estudo dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem (CLE) de cinco instituições da zona norte do país.

Foi utilizada a mesma combinação de técnicas na 3ª fase do ciclo de estudo –Avaliação dos Resultados da Acção– permitindo conhecer a mudança produzida nas representações e nas descrições das práticas dos enfermeiros.

Além das técnicas de pesquisa mencionadas, utilizadas em duas das etapas do processo de investigação-acção, recorremos também aos debates de grupo e às notas de campo.

Os debates de grupo, tornando-se "*um instrumento da reconstituição mais ajustada das opiniões individuais"* (Flick, 2005:117), permitiram a criação de um contexto favorável à mudança co-evolutiva, a partir das necessidades identificadas nas práticas de cuidados de enfermagem centradas na unidade familiar. Os enfermeiros foram divididos em sub-grupos, sendo realizados debates semanais desses sub-grupos, além de debates mensais do grupo geral e ainda discussões temáticas por pequenos grupos.

As notas de campo permitiram a validação do processo em curso e a monitorização do mesmo. Incluíram narrativas sobre os episódios significativos ocorridos ao longo dos debates de grupo, permitindo estabelecer a inter-ligação entre os vários sub-grupos no sentido do consenso reflexivo. Constituíram-se como a principal fonte de dados no processo de co-construção do modelo de cuidados e na elaboração dos padrões de documentação que permitiram a adequação do sistema de informação à estrutura conceptual do modelo.

1.6 – Considerações Éticas

Qualquer investigação detém questões éticas e morais, sendo a escolha do tipo de investigação que determina a natureza dos problemas que se podem colocar (Fortin, 2003).

Num estudo de investigação-acção a obtenção do consentimento informado dos participantes requerer maior complexidade, quer pela natureza dinâmica do mesmo, quer pela duração do processo de investigação, que habitualmente é prolongada (Meyer, 1993, cit. por Streubert & Carpenter, 2002). Outra questão enfatizada pelo autor é a pressão do grupo de pares que muitas vezes origina processos de insatisfação dos participantes dissimulados pela conformidade social ao contexto de investigação. Desta forma além da explicação pormenorizada sobre o estudo, os participantes devem aceitar

participar no planeamento, implementação e avaliação da mudança (Meyer, 1993, cit. por Streubert & Carpenter, 2002).

Assim, de acordo com Fortin (2003) é fundamental a adopção de medidas que protegam os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Considerando os princípios determinados pelos códigos de ética, a autora enuncia cinco direitos elementares no desenvolvimento de qualquer estudo:

- Direito à autodeterminação que se refere à possibilidade da pessoa em decidir livremente sobre a sua participação;
- Direito à intimidade que se reporta à autonomia sobre a informação a partilhar;
- Direito ao anonimato e confidencialidade que salvaguarda o respeito pela identidade do sujeito;
- Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo relacionado com os constrangimentos físicos, psicológicos, sociais ou económicos que possam advir da participação no estudo;
- Direito a um tratamento justo e equitativo que confere aos participantes a oportunidade de serem informados sobre a natureza e a duração da investigação, assim como o acesso à informação relativa à sua colaboração e ao desenvolvimento do estudo.

De forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação foi inicialmente realizado o pedido formal ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, para o desenvolvimento deste estudo. Todos os procedimentos foram realizados após a obtenção da autorização do Conselho de Administração da instituição supracitada e da respectiva Comissão de Ética (Anexo 1).

Sobre a adequação dos princípios éticos e morais relativos à participação de pessoas em estudos de investigação, referenciados por Fortin (2003), considerando a complexidade tanto do processo metodológico, quanto do contexto organizacional, realizamos diversas reuniões preliminares com a equipa de enfermagem, no sentido de salvaguardarmos os direitos dos seus elementos, enquanto potenciais participantes, visando a sua integração de forma voluntária e informada.

Os enfermeiros foram informados sobre o âmbito e a finalidade do estudo, do método e técnicas de pesquisa, além da duração prevista para a investigação e, ainda, informados da possibilidade de em qualquer etapa do processo poderem revogar a sua participação, caso aceitassem colaborarem no estudo, garantindo-se o direito à autodeterminação, ao tratamento justo e equitativo e à protecção contra o desconforto e prejuízo.

Os participantes assinaram o termo de consentimento informado para efectivarem a sua participação no estudo.

Na divulgação dos resultados obtidos na fase de diagnóstico, decorrentes da análise dos modelos formativos foram substituídos os nomes das instituições de ensino por códigos. Da mesma forma, foi salvaguardada a identidade dos enfermeiros na divulgação dos resultados obtidos relativamente às representações dos enfermeiros e descrição das suas práticas com as famílias, garantindo-se, desta forma, o anonimato e a confidencialidade.

Os enfermeiros foram progressivamente informados do desenvolvimento do estudo e em cada uma das reuniões dos sub-grupos de debate era realizada uma síntese dos progressos relativos à co-construção do modelo de cuidados de enfermagem de família, assim como fornecidos todos os documentos resultantes dos mesmos.

Visando a legitimação do direito à intimidade, em simultaneidade com a estimulação à participação de todos os elementos da equipa nos debates, foi ressalvada a liberdade de poderem ou não manifestarem-se sobre as suas práticas.

Ao longo do processo de investigação foram feitas reuniões com os órgãos de gestão da instituição, no sentido de validar o processo.

Foram também efectuadas diversas reuniões com o Grupo de Reflexão e Apoio à Pratica de Enfermagem (GRAPE) e Grupo Reflectir Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários (GRECSP). Estes grupos constituíram-se na ULSM como promotores da qualidade dos cuidados de enfermagem pela necessidade dos próprios enfermeiros assumirem a responsabilidade pelo desenvolvimento do sistema de informação e documentação de enfermagem. Foi neste âmbito que foram apresentados processualmente os resultados das várias fases da investigação.

1.7 – Estrutura do Relatório da Dissertação

O relatório desta investigação tentou reproduzir o percurso desenvolvido ao longo de quatro anos, que se caracterizou pelos processos de interacção pró-activa entre os intervenientes da mudança.

Neste primeiro capítulo, efectuou-se uma síntese do estudo, iniciando-se pela justificação do mesmo, no âmbito do tema que se pretendeu estudar. Definimos as finalidades, objectivos e as perguntas de investigação, das quais decorrem o paradigma adoptado para o desenvolvimento do estudo considerando os seus domínios ontológicos, epistemológicos e processuais. Assumimos como imprescindível o aprofundamento da opção metodológica, com a descrição do processo de investigação-acção, antecipando a compreensão articulada e integradora do percurso desenvolvido. Ainda neste capítulo

apresentamos o desenho do estudo e referimo-nos aos procedimentos éticos considerados para o desenvolvimento do mesmo.

O capítulo dois reporta-se à revisão e reflexão sobre os conceitos centrais que integram o objecto de estudo –Enfermagem de Família. Baseando-nos na abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1979, 1996), tentamos fazer uma análise em espiral da multidimensionalidade da enfermagem de família, das suas vertentes macro à microsistémica. Pela complexidade e interdependência desta análise reflexiva face à Enfermagem de Família, caracterizada pela circularidade processual, optamos por integrar apenas três sub-capítulos: Enquadramento Macrossistémico, Enquadramento Exo e Mesossistémico e Enquadramento Microssistémico. Não os subdividimos pois consideramos o risco de compartimentar o que julgamos indivisível e reduzir a compreensão dos processos que, de forma integrativa, traduzem a dimensão sistémica da Enfermagem de Família, enquanto área disciplinar de conhecimento.

O capítulo três descreve a análise dos modelos formativos no âmbito da enfermagem de família e os modelos em uso que emergiram dos discursos dos enfermeiros e da documentação produzida no sistema de informação, resultante dos cuidados prestados aos indivíduos e famílias. A confrontação destes dados permitiu a identificação dos problemas existentes no âmbito das práticas dirigidas às famílias, determinando o processo de mudança.

O capítulo quatro reporta-se às estratégias de mudança desenvolvidas ao longo do ciclo de investigação-acção. São apresentadas as mudanças co-construídas que decorreram do processo formativo e da redefinição do modelo de cuidados em uso. Ainda neste capítulo descreve-se o MDAIF, procurando evidenciar a sua organização dinâmica, integrada numa estrutura metodológica flexível e construtivista.

O capítulo cinco refere-se à avaliação do impacte da mudança, decorrente da implementação do MDAIF, como estrutura conceptual na tomada de decisão dos cuidados. Descrevemos a avaliação deste impacte através da análise comparativa das representações, dos discursos dos enfermeiros e da documentação produzida.

No capítulo seis, correspondente à conclusão deste trabalho, efectuamos uma síntese do estudo desenvolvido, com discussão dos resultados mais relevantes, tentando enfatizar o seu contributo na mudança das práticas e na construção de conhecimento em enfermagem de família. Apresentamos as limitações percepcionadas no percurso de investigação e sugestões para novos estudos no sentido do desenvolvimento desta área de conhecimento.

CAPÍTULO 2

O MODELO DE ANÁLISE – ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

O percurso da reflexão sobre o desenvolvimento da enfermagem de família, enquanto modelo de análise, alicerça-se no paradigma ecossistémico, tendo por base a abordagem ecológica de Bronfenbrenner (1979; 1996). Se as relações são estabelecidas num contexto de vida, num ecossistema, que incorpora um esquema relacional integrado no tempo, uma co-evolução dos intervenientes e das suas relações (Benoit, 2004), a compreensão dos fenómenos associados à enfermagem de família pode ser obtida através de uma perspectiva dinâmica, analisada através das interacções que emergem do processo, do contexto e do tempo. Considerando estes pressupostos, Lackey & Walker (1998), adaptaram o modelo ecológico de Bronfenbrenner à prática e investigação da enfermagem de família, evidenciando que as propriedades, a estrutura e os processos subjacentes, devem ser vistos como interdependentes e analisados numa óptica sistémica.

A teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner, acrescenta a variável contexto para a compreensão do desenvolvimento humano, apoiado em quatro níveis dinâmicos e interrelacionados: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo (Bronfenbrenner, 1996). O desenvolvimento é perspectivado enquanto actividade inter-relacional, numa "*rede múltipla de relações de intercontextualidade*" (Sá-Chaves, 2003:145), subsistindo a ligação entre os contextos mais imediatos e os contextos mais vastos. Bronfenbrenner & Morris (1998:994), apresentam um novo modelo ecológico, designado como modelo bioecológico, integram o constructo *"processos proximais"*, que se reporta às *"formas particulares de interacção entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e compreendem os primeiros mecanismos que produzem o desenvolvimento humano"*. Apresenta-se com quatro dimensões "pessoa, processo, contexto e tempo" entrecruzam-se de forma dinâmica, num ambiente constituído por diversos níveis estruturais, que influem no desenrolar dos processos proximais, e que engloba quatro níveis que se sobrepõem: microssistema, nível mais interno, equivalente às relações interpessoais que se constituem como padrão num dado ambiente; mesossistema, que integra as interacções entre vários ambientes; exossistema, que compreendem os ambientes que não interagem directamente com o sujeito, mas que influenciam o seu desenvolvimento processual; por ultimo o macrossistema, que envolve

todos os restantes níveis, formando uma rede de interconexões que se diferenciam de uma cultura para outra.

Considerando estes pressupostos, optamos pela sua selecção, enquanto paradigma estruturante de compreensão e reflexão da enfermagem de família. Integramos assim os vários níveis de contexto, considerando a dimensão temporal e os eventos históricos que caracterizam o *macrotempo* (Bronfenbrenner, 1996), iniciando pelos aspectos macrossistémicos, nomeadamente os contextos sociais, políticos e culturais.

Empreendemos evidenciar as ligações entre os diferentes níveis, para um entendimento profundo dos processos de desenvolvimento da enfermagem de família, nas suas vertentes epistemiológica, teórica, de investigação e prática.

2.1 – Enquadramento Macrossistémico

Em todos os contextos onde os enfermeiros desenvolvem a sua actividade profissional, o seu foco, directa ou indirectamente, é centrado na família, tendo em conta a sua saúde global, desenvolvimento, e a forma como a família contribui para a sociedade. Cuidar a família é assim um dos primordiais interesses da enfermagem (ICN, 2002a), sendo que o contexto familiar possibilita a intervenção nas necessidades da unidade familiar e de cada um dos seus membros.

A enfermagem teve o seu inicio a partir dos cuidados desenvolvidos nos domicílios das famílias havendo evidência de que a preocupação em integrar a família como foco dos cuidados se iniciou desde Florence Nightingale. Com efeito, o acolhimento das famílias das pessoas internadas em hospitais e a promoção de práticas que incluíam os membros da família demonstram que desde o inicio da enfermagem sempre houve preocupação em incluir a família como foco de atenção dos cuidados (Galera & Villar, 2002; Bousso; Tito & Pires, 2004; ICN, 2002a).

Com a evolução tecnológica, os cuidados de saúde foram transferidos para os contextos hospitalares e muitos eventos familiares como o nascimento e a morte, foram afastados do domicílio (Wright & Leahey, 2002), tendo as famílias ficando excluídas de alguns dos acontecimentos importantes no seu ciclo vital.

Desta forma, alicerçado num paradigma de racionalidade científica (Rocha & Almeida, 2000) fundamentado essencialmente na evolução científica e tecnológica que implicou o desenvolvimento dos cuidados hospitalares, a enfermagem descentrou-se da esfera privada do domicílio das famílias para a esfera pública, representada pelas instituições hospitalares do séc. XIX. No final deste século e princípio do séc. XX, as enfermeiras de saúde pública ainda cuidavam das famílias nos seus domicílios. O desenvolvimento da

medicina especializada e as novas políticas de saúde direccionadas para os cuidados hospitalares levaram à estagnação, ou mesmo à diminuição dos cuidados centrados na família (Stanhope & Lencastre, 1999). Também as mudanças significativas na estrutura e dinâmicas familiares que implicaram, entre outros aspectos a redução da dimensão da família e a sua dificuldade em prestar cuidados no domicílio contribuíram para a centralização dos cuidados de saúde no sistema hospitalar (ICN, 2002a).

Já no séc. XX, os fenómenos associados à globalização que permitiram maior acesso à informação, as alterações sóciodemográficas que alteraram as necessidades em saúde e as transformações dos paradigmas sociais (Castells, 1999) levaram à reestruturação dos sistemas de saúde, direccionando a prestação de cuidados de saúde para a comunidade. As reformas dos cuidados de saúde a nível mundial direccionaram o seu foco para a comunidade, (Schober & Affara 2001), sendo que o tempo de duração dos internamentos começou a ser menor na maioria dos países e os cuidados retornaram ao domicílio com uma melhor compreensão das relações familiares e dos seus processos de saúde e doença.

Apesar das transformações ocorridas na sociedade, as práticas de cuidados aos indivíduos levam a identificar-nos que ainda hoje a família é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso de integrar as famílias nos cuidados (Wright & Leahey, 2002; Martins, 2002; Bousso; Tito & Pires, 2004; Simpson & Tarrant, 2006).

Prevendo-se o aumento do envelhecimento da população que levará a um número cada vez maior de pessoas que terá que desenvolver funções de prestador de cuidados, no contexto familiar, associado ao aumento do número de pessoas a viverem sós e à diversificação nos modos de vida, os cuidados de saúde terão de dar resposta a estas mudanças e a enfermagem assumir o seu papel nos cuidados dirigidos às famílias.

A nível de políticas de saúde internacionais e programas direccionados para a promoção da saúde familiar, além de políticas de saúde mais direccionadas para a comunidade e para os CSP, também foi dada maior importância aos cuidados de enfermagem centrados na família (Wright & Leahey, 1990, 1999b).

Já na década de sessenta nos Estados Unidos da América (EUA) foram desenvolvidos programas de promoção da saúde direccionados para as famílias de determinadas áreas comunitárias, sendo na década de setenta criados Centros de Apoio às Famílias cujo objectivo primordial era o desenvolvimento de competências parentais (Jonhson, 2000). Segundo o mesmo autor e ainda nos EUA, em 1992 foi criado o Instituto de Cuidados Centrados na Família, com profissionais de várias áreas disciplinares. Na base da criação do mesmo esteve subjacente o desenvolvimento de práticas de saúde dirigidas às famílias, partindo do reconhecimento que as próprias famílias podem ter concepções

diferentes sobre o que é família e da importância de promover no sistema de saúde cuidados centrados na família, que englobem todos os profissionais.

Em Portugal salientam-se as estratégias de saúde baseadas em metas de saúde, integradas no PNS 2004-2010 (DGS, 2004). Segundo este documento, as estratégias no âmbito dos CSP, devem ser direccionadas para uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida, assim como o desenvolvimento da intervenção em rede através de equipas multidisciplinares, que permitirá uma percepção mais integrada do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados.

Numa política de continuidade de promoção e protecção da família, em Abril de 2004 foi aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 um conjunto de compromissos que visam a valorização da família como unidade social relevante no contexto do desenvolvimento da sociedade. Assim foram definidos 100 compromissos, cujas estratégias para a sua concretização deveriam ser desenvolvidas entre 2004 e 2006. Visando atender as diferentes realidades das famílias portuguesas, os compromissos aprovados distribuíram-se pelas seguintes áreas da vida familiar: conjugalidade e parentalidade; infância e juventude; educação e formação; envelhecimento; trabalho; comunidade, cultura e lazer; saúde; sociedade de Informação e segurança social. Este documento, emitido pelo governo português, integra orientações e objectivos visando o desenvolvimento de programas integrados em outros planos e programas nacionais, traduzindo o reconhecimento da importância de medidas efectivas de valorização da família.

No âmbito das políticas de saúde direccionadas para os cuidados às famílias, no contexto da comunidade, verificamos que até ao início dos anos setenta a saúde pública e a saúde comunitária direccionaram-se para a prevenção e controle de doenças específicas como a tuberculose, e o conjunto de afecções susceptíveis à vacinação (Ferreira, 1990). A reforma do Sistema de Saúde surge com o Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro, criando os Centros de Saúde (CS), cujo objectivo seria assegurar cuidados de saúde à população residente na área abrangida pelos mesmos. A família surge designada como a unidade básica de desenvolvimento humano e os enfermeiros de Saúde Pública mantém já uma posição privilegiada no contacto com as famílias e populações. Com efeito a enfermagem de Saúde Pública é designada como uma área de actividades destes CS, cuja intervenção seria essencialmente de *"visitas domiciliárias polivalentes"*.

Contudo só a partir de 1974 foram criadas condições sociais e políticas que permitisse a sua adopção, o que se concretizou em 1979. Subjacente a um processo de democratização política e social do país, em 1976 foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelas alterações na Constituição da República Portuguesa, através do artigo 64º, com carácter universal, geral e gratuito.

Vários diplomas posteriores consubstanciaram o SNS, como a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto), o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei nº 353/93 de 29 de Setembro) e o Regulamento das Administrações de Saúde (Decreto-Lei nº 335/93 de 29 de Setembro).

A Lei de Bases da Saúde enfatiza o papel primordial dos CSP no sistema de saúde, expresso no capítulo II da Base XIII: " o *sistema de saúde assenta nos CSP, que devem situar-se junto das comunidades; deve ser promovida intensa articulação entre os vários níveis de cuidados*"

Dirigindo-nos ao desenvolvimento das políticas no âmbito dos CSP, a regulamentação dos CS surge em 1983, através do Despacho normativo n.º 97/83 de 28 de Fevereiro, introduzindo uma filosofia orientada essencialmente para a saúde familiar. Normalizados suportes de registos direccionados para a unidade familiar, através da introdução da ficha familiar com orientações de utilização de alguns instrumentos de avaliação familiar como o genograma e o ecomapa (Figueiredo, 2006).

É o Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS, propondo uma reestruturação adaptada à crescente complexidade dos problemas actuais e à evolução técnica. Este novo modelo pretendeu reforçar a participação da comunidade e cooperação intersectorial, numa filosofia de cuidados de saúde centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde. Estruturados por unidades funcionalmente autónomas, de acordo com a agregação de recursos e de critérios geodemográficos (população residente, índice de envelhecimento, relação de dependência total e de idosos, entre outros), prevê a constituição de unidades funcionais: USF, consideradas como as unidades básicas de prestação de cuidados de saúde; Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), com a finalidade da prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial a famílias em situação de maior risco ou vulnerabilidade; Unidade Operativa de saúde Pública focalizada nas actividades de protecção e promoção da saúde, dirigidas ao meio ambiente em geral e a sub-populações específicas e ainda outras unidades como internamento e urgência.

Previa-se que a implementação deste novo modelo se concretizasse no decorrer de três anos, o que não aconteceu.

Em 2003 o Decreto-lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, no seu artigo 1.º estabelece a constituição da rede de prestação de CSP, mantendo o indivíduo, a família e a comunidade com alvo dos cuidados, na definição dos objectivos do CS. Previa-se que a sua estrutura englobasse quatro unidades integradas (artigo 10.º): cuidados médicos; apoio à comunidade e de enfermagem; saúde pública e gestão administrativa. Esta legislação relativa aos CSP, assim como a criação da Entidade Reguladora da Saúde

suscitaram uma unanimidade crítica que levou à não concretização das medidas propostas.

Foram retomados para os CSP os princípios previstos no Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio, através do Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de Junho, consagrando a matriz organizativa dos CS com base nas USF.

Sendo reafirmado o papel central dos CSP no contexto global dos cuidados de saúde foi criado o Grupo Técnico para a reforma dos CSP, e posteriormente, na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro. O governo pretendeu com a criação desta missão a coordenação e acompanhamento da reestruturação dos CS e nomeadamente a implementação das USF.

O documento emanado pela MCSP "*Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*" datado de Janeiro de 2006 traduz as medidas propostas pela missão para os CSP, distribuídas em oito áreas, entre elas: implementação de USF, intervenção na comunidade e desenvolvimento dos sistemas de informação. Dando ênfase à criação das USF e constituindo-se estas como a "*primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo*" com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional. Segundo o mesmo documento, estas devem ser baseadas na medicina geral e familiar e na enfermagem de família que, deverá ter um impulso decisivo com a nova organização dos CSP (MCSP, 2006).

Posteriormente é regulamentado o lançamento e a implementação das USF, através do Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, visando agilizar o seu funcionamento e reafirmando os princípios do Programa do XVII Governo Constitucional relativos à importância dos CSP na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e comunidade. O regime jurídico da organização e funcionamento das mesmas USF é regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.

Do descrito no artigo 9.º a alínea 2 traduz o reconhecimento *"a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinado área geográfica"*.

Destacamos ainda a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro, do Ministério da Saúde, que aprova a carteira básica de serviços das USF. Os serviços clínicos mencionados englobam cuidados de saúde de vigilância, situações de doença aguda, doença crónica e de patologias múltiplas. Direccionados para a promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo vital do indivíduo, integram também os cuidados no contexto domiciliário. Mais recentemente, os Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde, emanaram a Portaria n.º 301/ 2008, de 18 de Abril, que se reporta aos critérios de atribuição de incentivos aos profissionais, de acordo com indicadores

estabelecidos para todas as USF. Estes distribuem-se por quatro áreas: acessibilidade, desempenho assistencial, satisfação dos utentes e eficiência (artigo 2.º). Incidindo sobre o número de consultas efectuadas no âmbito dos programas de saúde da DGS, os indicadores não permitem avaliar ganhos em saúde direccionados à unidade familiar, pois apenas se reportam à saúde dos seus membros, distributivamente.

Em período de transição dos cuidados de saúde e nomeadamente a nível dos CSP, surgem os agrupamentos de CS (ACES), criados através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008. Tendo como missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica, pretende-se ACES com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais CS: USF, unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade (UCC), unidades de saúde pública e as unidades de recursos assistenciais partilhados. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e do ACES. As USF continuam a reger-se pela legislação mencionada anteriormente. Enfatiza-se a UCC, no que se refere à sua focalização na família, expressa através do artigo 11.º, alínea 1: *"A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis […] e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família […]".*

Constatamos que o indivíduo se mantém como unidade de referência, contudo a transversalidade da família como alvo dos cuidados no contexto dos CSP, leva-nos a admitir que, apesar da descontinuidade nas últimas décadas na evolução do sistema de saúde em Portugal, é reconhecida a importância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades. Da mesma forma evidencia-se o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança dos CSP, através da enfermagem de família, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

Concomitantemente ao reconhecimento da importância de cuidados centrados na família e do desenvolvimento de programas com vista à promoção da saúde familiar, os cuidados de enfermagem, centrados na família, surgiram como recomendação na Conferência Europeia sobre Cuidados de Enfermagem, em 1988. Com efeito a primeira conferência ministerial da OMS em enfermagem e enfermagem obstétrica que decorreu em Viena, em 1988, representou um primeiro marco no fortalecimento dos enfermeiros como grupo profissional no âmbito dos CSP. Foi proposto o estabelecimento de legislação que permitisse aos enfermeiros assumir as responsabilidades no

enquadramento dos CSP, com a criação de serviços inovadores, centrados na saúde mais do que sobre a doença (OE, 2002).

Através do quadro conceptual da política para todos para a Região Europeia da OMS é reafirmado o papel da enfermagem na saúde da família, pela sua contribuição na melhoria da saúde na região europeia. A Saúde 21, enquanto quadro conceptual da política para todos para a Região Europeia da OMS foi aprovada pelo Comité Regional da OMS para a Europa, em Setembro de 1998, tendo sido estabelecidas 21 metas que se articulam com a política regional, possibilitando a cada Estado Membro desenvolver as suas próprias políticas e estratégias de saúde. Os valores essenciais que subjazem a esta declaração relacionam-se com a saúde como um direito essencial e a equidade, assim como a responsabilização dos indivíduos, famílias e comunidades nos seus processos de saúde.

De entre as 21 metas para o séc. XXI, a meta 15 realça o papel da enfermagem de saúde familiar no contexto dos CSP: "*No centro deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicilio (…) os cidadãos teriam o direito de escolher os dois, médico e enfermeira (…) os cuidados secundários e terciários, que são em grande parte assegurados pelos hospitais, deveriam ser claramente de suporte aos cuidados de saúde primários […]*" (OMS, 2002:23).

É dado especial ênfase ao papel do enfermeiro ao longo do ciclo vital dos indivíduos e famílias, abrangendo a promoção e protecção da saúde, a prevenção da doença e a reabilitação. Focando-se nas famílias de uma determinada comunidade, com a inclusão da promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos em fase terminal, o enfermeiro deve ser o elemento de referência para a entrada no sistema de saúde (Schober & Affara, 2001).

No sentido de serem desenvolvidas estratégias formativas que permitam a concretização de todas as metas, a meta 18 enuncia: *"[…] no ano 2010, todos os estados membros deverão ter garantido que os profissionais de saúde e os profissionais de outros sectores, adquiram conhecimentos adequados, atitudes e capacidades para proteger e promover a saúde […]"* (OMS, 2002:26), dando ênfase ao desenvolvimento de recursos de saúde que permitam a concretização das politicas de saúde, assim como ao papel central da medicina e da enfermagem no desenvolvimento dos CSP.

Posteriormente, a segunda Conferência Ministerial da OMS em enfermagem e enfermagem obstétrica na Europa, realizada em Munique em Junho de 2000, aprovou a Declaração de Munique subscrita pelos Ministros da Saúde dos Estados Membros da Região Europeia, consagrando o papel central dos enfermeiros face aos novos problemas de saúde pública (OE, 2002). Uma das medidas propostas foi o

estabelecimento de programas e serviços de enfermagem comunitária e de enfermagem obstétrica centrados na família, incluindo, o desenvolvimento do papel do enfermeiro de saúde familiar.

Foi desenvolvido um programa educacional, cujo plano curricular pretende a incorporação da teoria e da prática, visando a formação e qualificação de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde familiar (OMS, 2000). Apesar do termo *enfermeiro de saúde familiar* resultar do documento da Saúde 21, em outros documentos internacionais é utilizado o termo *the family nurse*, (OMS, 2000; Schober & Affara, 2001; ICN, 2002a) traduzida em Portugal para *enfermeiro de família* (OE, 2002) e utilizada com o mesmo significado descrito nos documentos referentes ao quadro conceptual da política para todos para a Região Europeia da OMS, sendo estas as razões que nos levaram a adoptar este termo.

O reconhecimento que a enfermagem tem dado à família iniciou-se nos EUA e no Canadá, sendo que a partir de 1980 as politicas sociais da *American Nurses Associantion* (ANA) descrevem a família como um dos alvos dos cuidados de enfermagem (Gilliss, 1991).

No Canadá, em 1997, a *Canadian Nurses Association* (CNA) declarou que a abordagem centrada na família é um dos objectivos da prática de enfermagem (Schober & Affara 2001; Hanson, 2005; Simpson & Tarrant, 2006), recomendando que todos os enfermeiros deveriam ter competências para trabalhar com as famílias.

O Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) admitindo a importância dos sistemas de saúde sustentarem a enfermagem focalizada na família e o desenvolvimento de programas que incluem o enfermeiro de família, alerta para a necessidade de políticas de regulação das práticas. Esta regulação, de acordo com Schober & Affara (2001) deverá permitir a adaptação às prioridades de saúde de cada país, das suas necessidades e do que é considerado como prática aceitável. Existindo uma grande diversidade de papéis e contextos aos quais os enfermeiros prestam cuidados, a definição de competências, segundo os mesmos autores, integra os princípios fundamentais da prática de cuidados à família e depende de vários factores macrossistémicos, como: sistemas de saúde; padrões demográficos; determinantes de saúde a nível social, politico, cultural, económico, biológico e recursos da comunidade.

Tendo sido efectuada alguma descrição e análise sobre alguns destes factores, que têm contribuído para o desenvolvimento do reconhecimento de práticas de enfermagem centradas na família, julgamos pertinente a inclusão das competências definidas pelo CIE, que nos permitem compreender os desafios colocados para os enfermeiros no contexto dos CSP. Partindo do pressuposto que as competências deverão ser desenvolvidas a partir da experiência e reflexão sobre os cuidados dirigidos às famílias

(Schober & Affara, 2001), o CIE definiu um conjunto de cinco áreas fundamentais para o desenvolvimento de competências:

- Identificação de necessidades e estados de saúde, que integra como recursos para o seu desenvolvimento o conhecimento das determinantes de saúde, as dinâmicas familiares e comunitárias e ainda o desenvolvimento comunitário e os cuidados de saúde primários;
- Avaliação, diagnóstico e monitorização, que engloba técnicas de avaliação como a entrevista familiar, e ainda conhecimento no âmbito da avaliação física, farmacologia e psicopatologia;
- Providenciar tratamento, cuidados e serviços, que integra como recursos a capacidade do enfermeiro em trabalhar com as famílias no seu contexto habitual e simultaneamente capacidades de trabalhar em equipa num contexto multidisciplinar. Ainda conhecimentos e habilidade que lhe permitam intervir adequadamente nas problemáticas familiares;
- Capacidades de gestão, liderança, planeamento em saúde e habilidade de desenvolvimento de políticas. Além de capacidades de trabalhar com a comunidade, inclui o planeamento de programas de saúde familiar, a gestão de recursos materiais e humanos e, ainda a capacidade de desenvolver padrões de qualidade para melhorar os processos e métodos no âmbito da saúde familiar;
- Desenvolvimento de metodologias de pesquisa, avaliação e inovação. Os recursos descritos abarcam a pesquisa científica, o desenvolvimento de serviços de saúde baseados nas necessidades identificadas e na preparação de relatórios.

Constatamos uma grande diversidade de competências, congruentes com o papel do enfermeiro de família, multifacetado e desenvolvido em áreas e contextos comunitários diferenciados. Ainda, de acordo com as directrizes do CIE (Schober & Affara, 2001), para o desenvolvimento de competências que permitam o desenvolvimento de modelos que vão para além da doença e que visam melhorar a qualidade de vida das famílias através da sua capacitação, é evidenciada a importância de uma prática baseada nos seguintes princípios: pensamento crítico; liderança e organização; prática baseada na evidência e qualidade dos serviços.

O desenvolvimento destas competências permitirá ao enfermeiro de família desenvolver eficazmente os seguintes papéis (ICN, 2002a, Hanson, 2005, Friedman, 1998, Potter, 2005; OE, 2002): educador de saúde; prestador e supervisor de cuidados; defensor da família; detector de casos epidemiológicos; investigador; gestor e coordenador; assessor; consultor e modificador do ambiente.

O desenvolvimento de competências conducentes à efectivação destes papéis, permitirá ao enfermeiro "*Contribuir de maneira muito útil nas actividades de promoção da saúde e*

prevenção da doença, além das suas funções e tratamento. Ajudar os indivíduos e famílias a assumir a doença e incapacidade crónica, ou empregam uma grande parte do seu tempo junto dos doentes e famílias, no domicílio destes e em período de crise. Os enfermeiros deverão poder fazer aconselhamento sobre os modos de vida e factores de risco ligados aos comportamentos, bem como ajudar as famílias em questões ligadas à saúde. Ao detectar precocemente os problemas, podem favorecer a tomada de consciência sobre os problemas de saúde familiar desde o seu início. Com o seu conhecimento das questões sociais, institucionais e de saúde pública estão capacitados para diagnosticar os efeitos dos factores socioeconómicos sobre a saúde da família e de orientarem essa mesma família para a instituição adequada" (OMS, 2000:38).

Com vista à concretização destas orientações e o desenvolvimento de práticas conducentes à integração da família como foco dos cuidados de enfermagem, foi implementado na Escócia o Programa "*Family Health Nurse*" (FNH), em 2000, sendo uma experiência piloto do Comité Europeu da OMS. Este programa é visto como o pólo integrador das equipas de cuidados comunitários integrados. A avaliação realizada em 2006, permitiu verificar que a implementação do programa originou que o foco na família ultrapassasse os aspectos funcionais instrumentais e envolvesse as dimensões interaccionais que influenciam a saúde familiar (Dorothee & O`Sullivan, 2005).

Outras experiências em vários países do mundo são descritas por Schober & Affara (2001), contextualizadas e adaptadas à realidade social de cada país. Na Europa são descritas experiências de cuidados na Eslovénia, Moldávia, Inglaterra, Dinamarca e Espanha. Caracterizam-se pela abordagem orientada para a família e centrada no seu ciclo vital, enfatizando os cuidados de proximidade, desenvolvidos nos locais onde as famílias vivem. Também nos EUA, os enfermeiros ampliaram o seu foco, incluindo a família como cliente dos cuidados, sendo significativo o desenvolvimento dos cuidados domiciliários. Ainda é referido a experiência do Japão, em que adoptando o modelo dinamarquês foram estabelecidas parcerias entre as autarquias e os enfermeiros de família, responsabilizando-se estes pela gestão dos recursos, sendo mediadores da família e comunidade.

Temos ainda outras experiências descritas na literatura (Häggman & Laitila, 2005), circunscritas a países da Europa, como a Finlândia, em que relativamente ao trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, integrado numa equipa de cuidados de saúde centrados na família, onde as famílias descrevem-no como suporte emocional, cognitivo e instrumental.

Outras experiências, decorrentes da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), no Brasil, resultantes do desenvolvimento de políticas de saúde direccionadas para os cuidados de saúde familiares, levaram à concretização de práticas comunitárias

centradas na família (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001; Centa, Albuquerque & Arcoverde, 2004; Silva & Figueiredo, 2006). Este surgiu com o objectivo de melhorar a qualidade de vida das populações, através de uma maior proximidade com as famílias. Instituído em 1997, rege-se pela intervenção multidisciplinar, com uma equipa por área geográfica, constituída no mínimo por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. A família constitui-se como cliente dos cuidados, em que ao enfermeiro, integrado na equipa, cabe avaliar as suas necessidades e com cada uma trabalhar, no sentido da resolução dos mesmos.

A prática deste programa caracteriza-se pela interacção contínua estabelecida nos domicílios das famílias, cimentada no desenvolvimento de parcerias com a comunidade. Porém, apesar de todas as vantagens inerentes ao desenvolvimento deste programa, Silva & Figueiredo, (2006:7) enfatizam que "*o PSF atende os indivíduos enquanto sujeitos de forma individual*" não sendo direccionado para a unicidade da família. Contudo num estudo desenvolvido por Centa, Albuquerque & Arcoverde (2004) com o objectivo de analisar a experiência dos enfermeiros que trabalham no PSF, estes, nos seus discursos, indicam como vantagens a possibilidade de visualizar a família como um todo e a possibilidade de avaliar o contexto sócio-cultural onde esta se insere

Em Portugal, na sequência da subscrição da Declaração de Munique, a Ordem dos Enfermeiros (OE) organizou em 2000, a conferência nacional "*A Cada Família o seu Enfermeiro*", que teve como principal objectivo a partilha de experiências de cuidados cimentados no modelo de enfermeiro de família. Foram discutidos cerca de quarenta projectos, no âmbito dos cuidados às famílias, centrando-se essencialmente em famílias em situações de crise decorrentes da dependência de um dos membros ou de doença crónica. Nas conclusões da conferência é salientado o aparecimento de uma nova cultura organizacional, que emergiu a partir da reorganização do trabalho do enfermeiro de família, permitindo *"a maior eficácia das acções de planeamento e controlo dos problemas de saúde […] desenvolvimento de competências favorecedoras da tomada de decisão […]"* (OE, 2002:164).

A subscrição da Declaração de Munique pelo governo português, assim como a efectivação das USF, tem originado, em muitas zonas do país, a implementação do enfermeiro de família, como modelo organizativo de prestação de cuidados de enfermagem. Tomamos como exemplo a ULSM, em que desde o ano 2000, as equipas de saúde, são constituídas por um médico e um enfermeiro de família, coadjuvados por uma secretária de unidade (ULSM, 2000). Neste contexto, no âmbito da equipa, o enfermeiro presta cuidados a uma comunidade específica, devendo proporcionar ao indivíduo e família uma resposta acessível, personalizada e humana, garantindo-lhe a continuidade de cuidados.

Salienta-se ainda, no contexto nacional, a proposta da OE, no âmbito do desenvolvimento profissional e individualização das especialidades em Enfermagem (OE, 2007). Considerando as directivas nacionais e internacionais sobre os cuidados de saúde e os desafios para a enfermagem face às novas necessidades de saúde, a proposta pretende a criação de novas áreas de especialidade, subjacentes ao enquadramento conceptual dos cuidados de enfermagem. Este modelo adopta como eixo estruturante o alvo de intervenção, considerando os processos de saúde/doença e o ambiente como eixos organizadores. Tendo como alvo de intervenção a família, surge a proposta de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, tendo como eixo organizador "*os projectos de saúde da família a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida"* (OE, 2007:20), a qual consideramos de extrema pertinência face ao actual enquadramento dos CSP.

Dirigindo a intervenção aos processos de saúde/doença, verificamos que as práticas de cuidados dirigidas às famílias, no contexto comunitário, desenvolvidas pelo enfermeiro de família, reportam-se à prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação (OMS, 2000; ICN, 2002a; Schober & Affara, 2001; OE, 2002).

A todos os níveis de cuidados, as directrizes apontam para a redução dos riscos prejudiciais à saúde, promoção da saúde e fortalecimento das capacidades da família em se adaptar face aos seus processos de transição, numa abordagem ecossistémica que engloba os factores de stresse, os factores de fortalecimento como recursos e a intervenção na crise no sentido da adaptação (Dorothee & O`Sullivan, 2005).

Num contexto de proximidade, o enfermeiro constitui-se como o profissional que mais frequentemente visita as famílias no seu contexto domiciliário, tendo um papel privilegiado na promoção do bom funcionamento da família e na adopção de estilos de vida saudáveis (Palma, 1999; Potter, 2005). O objectivo da promoção da saúde é *"aperfeiçoar ou manter o bem-estar físico, emocional e espiritual da unidade familiar e dos seus membros"* (Potter, 2005:163), centrando-se no grupo familiar e nos membros da família.

Verificamos que as politicas e pressupostos conceptuais que fundamentam as práticas do enfermeiro de família, no contexto comunitário, se alicerçam na enfermagem de família, sendo em alguns documentos a designação de enfermeiro de família utilizada, concomitantemente com o de enfermagem de família, reafirmando os princípios orientadores da prática, no sentido da concretização da mesma.

O conceito de enfermagem de família foi desenvolvido a partir da década de setenta (Friedman, 1998; Hanson, 2005), surgindo como uma ciência alicerçada no pensamento

sistémico, com uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, permitindo a compreensão de todos os factores que inteiram a unidade familiar. Contudo desde os anos sessenta Ford (1973), cit. por Friedemann (1999) se referia ao conceito de enfermagem de família como a prestação de cuidados ao sistema familiar ou unidade familiar.

O conceito foi sendo desenvolvido a par da evolução da teoria, da investigação e das práticas no âmbito dos cuidados às famílias, parecendo consensual o conceito de enfermagem de família (Bell, Watson & Wright, 1990; Friedemann, 1989,1999; Gilliss, 1991; McFarlene, 1986; Wegner & Alexander, 1993; Vaughan-Cole, Johnson, Malone & Walker, 1998; Hanson, 1996, 2005; Wright & Leahey 2002, 2005; Gilliss; Highley & Roberts, 1989).

Contudo, na literatura sobre cuidados de enfermagem centrados na família, surgem diversas designações (Friedman, 1998) que traduzem transversalmente a focalização na família como unidade e o movimento no sentido de integrar a família na prática dos cuidados de enfermagem, com incidência na promoção da saúde familiar.

Constata-se a diversidade de termos utilizados: "*Cuidado centrado na família*" (Friedman, 1998), "*Enfermagem de promoção da saúde familiar*" (Bomar, 1996), "*Enfermagem de cuidados de saúde às famílias*" (Hanson & Boyd, 1996; Hanson, 2005); "*Enfermagem familiar*" (Hanson, 1999); "*Enfermagem dos sistemas familiares*" (Wright & Leahey, 1990, 1994, 2002, 2005). Além dos termos descritos, ainda encontramos referenciadas definições associadas à enfermagem comunitária, como "*Enfermagem comunitária centrada na família*" que segundo Friedman (1998), traduzem a associação entre a história da enfermagem de família e a enfermagem de saúde comunitária.

Com efeito a enfermagem comunitária sempre reconheceu a família como alvo dos cuidados e algumas das intervenções no âmbito da enfermagem de família estão associadas a esta área (Nettle, Pavelich, Jones, Beltz, Laboon, & Piffer, 1993; Friedemann, 1989, 1999).

Numa pesquisa desenvolvida pela OMS sobre enfermagem e modelos de enfermagem comunitária, verificou-se que estes incluíam elementos referentes às práticas do enfermeiro de família, como avaliação familiar, participação comunitária, parcerias, visita domiciliária, vigilância e monitorização (Schober & Affara, 2001). Estes resultados reafirmaram a ênfase dada à família, enquanto unidade de cuidados, no âmbito da enfermagem comunitária, em acordo com as politicas desenvolvidas no âmbito dos CSP, quer a nível internacional, quer nacional.

Contudo o foco e o alvo dos cuidados são diferentes, visto que na saúde comunitária o foco é a comunidade e na enfermagem de família o foco é a família individualmente, considerando a sua especificidade e unicidade.

A prática de cuidados de enfermagem às famílias requer uma prática integrativa e autónoma, que se caracteriza pelo contacto próximo e continuado com as mesmas (Stanhope & Lancaster, 1999; Friedman, 1998), cujo contexto preferencial consideramos ser os CSP pelas suas características de proximidade, globalidade e continuidade que permite a manutenção do contacto com as famílias no seu percurso evolutivo. Apesar de concordarmos com Friedman (1998), quando refere que os cuidados às famílias podem ser desenvolvidos em qualquer estabelecimento de saúde, em serviços educacionais e dirigido para todas as formas de famílias, julgamos que a possibilidade de acompanhar as famílias no seu contexto, permite maior eficácia nas intervenções desenvolvidas e maiores ganhos em saúde para as famílias.

Contudo, em todos os contextos de cuidados de saúde, as famílias podem e devem ser integradas como parceiras e intervenientes dos cuidados, considerando a especificidade de cada um desses contextos, numa perspectiva de globalidade, articulação e continuidade entre todos os intervenientes do processo (Christensen & Alexander, 1993).

Face à reflexão efectuada, adoptamos o termo enfermagem de família, não só pela manifesta consensualidade, mas também por nos parecer traduzir os aspectos ontológicos e epistemológicos dos cuidados de enfermagem, centrados no sistema familiar.

Tendo como alvo a família como unidade, a enfermagem de família direcciona-se para as suas respostas aos problemas reais e potenciais (Wright & Leahey 2002, 2005), englobando uma filosofia de parceria com a família. A partir destes pressupostos a ênfase é colocada nos pontos fortes dos membros da família e do grupo familiar, visando apoiá-los na procura de soluções para os problemas identificados (Feetham, Meister, Bell & Gilliss, 1993 ; Whyte, 1997; Friedman, 1998; Potter, 2005). A estes propósitos subjaz uma prática centrada na interacção com as famílias, sendo o foco mais direccionado para a saúde do que para a doença, numa óptica de promoção do bem-estar e saúde familiar, integrando a saúde dos seus membros individualmente.

Verificamos o surgimento de novas abordagens de enfermagem de família (Bomar, 2004; Denham, 2003a; Friedman, 1998; Feetham, 1991; Feetham, Meister, Bell & Gilliss, 1993; Vaughan-Cole, Johnson, Malone, & Walker, 1998; Wright & Leahey, 1990, 1994, 2002, 2004, 2005; Hanson, 2005; Wright, Watson, & Bell, 1996) com a publicação de livros e artigos, que têm consolidado o conhecimento nesta área e influenciado o reconhecimento da importância dos cuidados às famílias, pelos governos e instituições de saúde, conforme já descrito anteriormente. Além da progressiva e diversificada publicação nesta área ter vindo a demonstrar o interesse dos enfermeiros nos estudos sobre família e a sua inclusão como unidade de cuidados (Pinto, Fernandes & Horta, 2004; Marcon, Waidman, Decesaro & Arêas, 2006).

A primeira publicação do *Journal of Family Nursing*, em 1995, pela *SAGE Publications,* assumiu-se efectivamente como um meio de difusão do conhecimento em enfermagem de família, publicando artigos que visam a teoria, investigação, prática clínica e educação. No editorial referente ao décimo aniversário desta publicação, Bell (2005a) congratula-se com a possibilidade de manter a missão que levou à formação desta revista, centrada na ampliação do conhecimento sobre famílias, permitindo a melhor assistência às famílias, pela reflexão e pesquisa dirigida aos seus processos de saúde e doença.

Também a realização de conferências internacionais, designadas como *International Family Nursing Conference* (IFNC) que têm ocorrido em diversos países do mundo têm evidenciado o reconhecimento mundial da enfermagem de família, permitindo a discussão e partilha de vários estudos. Não sendo suportadas por uma infra-estrutura organizacional formal, ao longo dos dezanove anos em que ocorreram oito conferências, estas têm sido organizadas por instituições do ensino superior de enfermagem, dos diversos países onde se desenvolveram.

A primeira IFNC ocorreu em 1988, no Canadá, organizada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade de Calgary, constituindo-se esta como precursora do desenvolvimento da enfermagem de família. Com efeito as três primeiras conferências aconteceram no Canadá e a Universidade de Calgary tem mantido o seu apoio na continuidade da realização das mesmas, com a concretização da 7.ª IFNC também no Canadá. Verificamos assim, que ao longo de duas décadas a IFNC foi realizada em vários países do mundo, como Chile, EUA, África, Canadá e Tailândia.

Os objectivos que têm sido transversais a todas as conferências situam-se essencialmente na partilha de investigação realizada, visando o desenvolvimento da teoria, práticas, educação e politicas no âmbito da enfermagem de família (Bell, 2000, 2005b). Verificamos a multidimensionalidade dos temas discutidos, centrados nas problemáticas das famílias e da enfermagem de família, desde a primeira conferência. É notória a introdução da discussão dos desafios para a enfermagem de família desde a 5ª IFNC, demonstrando, segundo Bell (2000) o avanço na ciência da enfermagem de família.

Em 2009 a 9ª Conferência que irá se efectuou na Islândia teve como tema central novas abordagens de intervenção, integrando temáticas direccionadas às questões das políticas familiares, aos cuidados às famílias em situações específicas como a doença e a violência, além das questões culturais associadas à enfermagem de família. Integra ainda modelos e teorias de enfermagem de família. As inovações, desenvolvimentos, implementação, ensino e expectativas em enfermagem de família, como temáticas integradas no programa da conferência evidenciam a multidimensionalidade da área,

num contexto de cada vez mais desafiante a nível da difusão do conhecimento nesta área, e na concretização de práticas conducentes com o mesmo.

Destacamos a proposta, que surgiu na 7.ª IFNC, em 2005, no sentido da formalização de uma organização internacional de enfermagem de família, a designar como "*International Family Nursing Society*" (Curry, 2007:8). Os objectivos desta organização poderão integrar: a promoção dos cuidados às famílias nos contextos de saúde e doença; facilitar o estabelecimento de redes entre famílias, profissionais, investigadores e educadores; fornecer mecanismos de difusão de informação sobre pesquisas em enfermagem e simultaneamente fomentar a utilização dos resultados das investigações; incentivar os alunos para a pesquisa em enfermagem de família e para uma prática avançada em enfermagem dos sistemas familiares, preparando-os também para o papel de enfermeiro de família; por último promover a afectação de recursos disponíveis para o desenvolvimento da enfermagem de família.

A comissão para a elaboração dos estatutos e plano de actividades desta associação, integra uma lista de pessoas, na sua maioria docentes de enfermagem, oriundos de vários países do mundo, nomeadamente: Austrália, Canadá, Finlândia, Islândia, Israel, China, Japão, Portugal, Escócia, Suécia, Brasil, Tailândia, EUA e Canadá. A comissão realizou a primeira reunião oficial da Associação na 9.ª IFNC, em Junho de 2009. Julgamos que a formação desta associação se tornará uma referência no percurso da enfermagem de família, por se constituir como um efectivo contributo na difusão do conhecimento nesta área. Naturalmente pela natureza dos seus objectivos e pela diversidade e multiplicidade de países integrados, possibilitará, dessa forma, o desenvolvimento de práticas centradas na família, a nível mundial.

Ainda sobre a realização de conferências no âmbito da Enfermagem de Família, salientamos a realização das reuniões anuais da Associação de Pesquisa em Enfermagem de Família, no Japão, assim como as Conferências Nórdicas de Enfermagem de Família, realizadas na Suécia em 2000 e em 2006 (Benzein & Saveman, 2006). Sobre as últimas, integrando fóruns de partilha de conhecimentos e experiências em enfermagem de família, englobam como países organizadores a Islândia, Noruega, Finlândia e Dinamarca. Na 2ª Conferência, participaram cerca de 120 investigadores, além de professores, estudantes, associações de família e políticos, que discutiram várias temáticas em torno da construção do conhecimento na prática da enfermagem dos sistemas familiares, demonstrando o progressivo aumento de interesse nesta área.

Em Portugal o percurso evolutivo da enfermagem de família é mais recente e o seu reconhecimento está relacionado com a actual legislação dos CSP, que enfatiza o papel do enfermeiro de família no contexto dos cuidados de saúde. Assim, promovido pelo Grupo de Estudos da Família da Escola Superior de Enfermagem do Porto, decorreu em

Maio de 2008 o "Simposium Internacional de Enfermagem de Família" com áreas temáticas centrais no âmbito da formação, investigação e intervenção em enfermagem de família. Evidenciamos também os Simpósios de Enfermagem de Família, dinamizados pela OE, na sequência dos trabalho que tem vindo a desenvolver no acompanhamento da reforma dos CSP e no reconhecimento de que o modelo de enfermagem de família constitui o único que garante uma resposta de qualidade às necessidades do cidadão e família em cuidados de enfermagem.

Se tem sido dado ênfase à difusão do conhecimento em enfermagem de família no sentido da sua aplicação nos contextos clínicos, cabe às instituições de ensino de enfermagem um papel primordial na preparação dos enfermeiros para a prática em enfermagem de família.

Friedman (1998) refere que desde o inicio da formação dos enfermeiros, os cursos de enfermagem comunitária foram as primeiras a reconhecer a importância da família nos processos saúde e doença. Porém, foi no decorrer da década de oitenta que ocorreu um aumento significativo dos conteúdos sobre família nos planos de estudo dos cursos de enfermagem, apesar da escassa evidência relativa à quantidade e qualidade desses mesmos conteúdos, assim como às metodologias de ensino e práticas clínicas dos alunos junto das famílias (Wright & Leahey, 1990, 1999b).

Dois estudos publicados na década de oitenta, Hanson & Bozett (1987, cit. por Hanson, 2005) nos EUA e Wright & Bell (1988, cit. por Hanson, 2005) no Canadá, concluem que os conteúdos são muito variáveis nas diferentes escolas, sendo na formação inicial integrados nas áreas de saúde comunitária e saúde mental. Nos cursos de especialização em enfermagem de família, os conteúdos integram essencialmente modelos de avaliação familiar de médio alcance e conceitos de desenvolvimento familiar, associados a teorias da terapia familiar. A ênfase é dada sobretudo aos modelos de avaliação, em detrimento das intervenções e dos processos de mudança (Hanson & Bozett, 1987; Wright & Bell, 1988).

Ao longo dos anos, as escolas de enfermagem têm vindo a alterar o curriculum, com a introdução de conteúdos no âmbito da família, pela constatação da dificuldade dos alunos em integrarem os conceitos de família como sistema (Friedemann, 1989, 1999).

Na Universidade de Calgary, no Canadá, desde 1981, foi instituído pela Dra. Lorraine Wright o Programa de Mestrado em Enfermagem, direccionado à prática avançada em enfermagem, nomeadamente em enfermagem dos sistemas familiares, tendo posteriormente sido desenvolvido o Programa de Doutoramento (Bell, 2008). Posteriormente no decorrer da década de noventa, foram instituídos cursos sobre saúde da família e de intervenção interdisciplinar, confirmando que a evolução da enfermagem de família está profundamente ligada à Universidade de Calgary.

No que se refere à formação inicial, desde 1995 sobressaíram, na mesma universidade, os desenvolvimentos nos planos dos cursos de enfermagem, referentes á aprendizagem dos cuidados às famílias (Moules & Tapp, 2003). As alterações mais significativas, centraram-se nas metodologias, em que de *role playing,* passou-se para experiências interactivas e presenciais com as famílias, permitindo melhorar a aprendizagem com experiências pessoais e significativas.

Articulando com as práticas, foi dado maior ênfase aos modelos de enfermagem de família e ao ensino sobre os padrões de comunicação circular na família. Estas mudanças metodológicas reflectem a importância da intervenção dos enfermeiros nos padrões de comunicação das famílias, e que a aprendizagem a trabalhar com as famílias é essencialmente uma prática dinâmica, que além de promover a mudança das famílias, também influencia os estudantes, enquanto pessoas (Moules & Tapp, 2003). Como positivo também referem o aumento do número de professores com formação em ciências sociais da família, sociologia da família e terapia familiar, assim como a ampliação de departamentos nas faculdades direccionados á enfermagem de família, contribuído para a melhoria do ensino nesta área, com ênfase na discussão e investigação em teorias da família.

Um dos contributos mais importantes para o desenvolvimento do ensino de enfermagem de família, em especial da formação pós-graduada, foi a criação de uma unidade clínica, designada por *The Family Nursing Unit* (FNU), na Universidade de Calgary, em 1982 (Bell, 2002, 2008) com objectivos no âmbito da educação e investigação. A sua missão reportou-se à criação e difusão de conhecimento sobre doença, sofrimento e cura das famílias, num contexto de politicas sociais adversas à compreensão da família como unidade de cuidados, "*Within a health care system that is primarily oriented to the individual, creating and disseminating knowledge about illness suffering and family healing has been acourageous mission, akin to swimming upstream against the current*" (Bell, 2008:5).

Nesta unidade, foram feitas sessões terapêuticas ao longo de vinte e cinco anos, com cerca de quatrocentos e cinquenta famílias e uma média de quatro sessões por família. Constituiu-se como unidade educacional e de pesquisa, prestando serviços a indivíduos, casais e famílias, que enfrentavam dificuldades face a uma ampla variedade de situações de transição como risco de vida, problemas psicossociais, problemas de saúde, entre outros. Pretendiam oferecer às famílias a descoberta de novas soluções para as suas dificuldades, tentando aliviar o sofrimento relacionado com a experiência da doença (Wright, Watson, & Bell, 1990, 1996, cit. por Tapp, 2000).

Utilizando uma metodologia de supervisão clínica, os alunos podiam também observar a prática clínica dos professores, especializados em sistemas de enfermagem de família.

Estas técnicas metodológicas possibilitam às famílias experiências de mudança e aos alunos oportunidade de reformulação do pensamento relativamente às práticas de enfermagem de família (Tapp, Moules, Bell & Wright, 1997; Moules & Tapes, 2003).

Apesar da FNU ser encerrada em 2007, é incontestável o seu papel, pela sua influência no ensino, pesquisa e prática clínica em enfermagem de família e na prática avançada de enfermagem dos sistemas familiares (Benzein & Saveman, 2006).

Esta metodologia foi alargada à universidade de Montreal, também no Canadá e posteriormente à Universidade Kalmar, na Suécia, criando-se nestas universidades unidades de atendimento a famílias, no âmbito da enfermagem de família.

Outro contributo importante no ensino de enfermagem de família, ainda da Universidade de Calgary, foi a difusão de *videotapes* sobre a prática clínica com as famílias, contendo orientações objectivas sobre a mesma. Como exemplos referimos os vídeos sobre como fazer uma entrevista em 15 minutos, como fazer enfermagem de família ou como intervir em famílias com preocupações de saúde (Wright & Leahey, 1999a; Dorsay, 2002; Bell, 2008).

Estes modelos de formação foram divulgados mundialmente, permitindo programas de mestrado e doutoramento em enfermagem dos sistemas familiares em Universidades de vários países, como na Tailândia, Japão, Suécia e Brasil. Salientamos também o mestrado de especialista em enfermagem de família, iniciado na Universidade de Tampere, na Finlândia, em 1993, que, de acordo com Astedt-Kurki, Paavilainen, Paunonen & Nieminen (1998) cimenta-se em metodologias de desenvolvimento do pensamento crítico e de competências para a investigação.

Nos EUA têm vindo a ser introduzidos conteúdos referentes á família nos planos de estudo da formação inicial em enfermagem, assumindo-se a temática sobre avaliação familiar como um conteúdo chave no curso de enfermagem (Nettle, Pavelich, Jones, Beltz, Laboon, & Piffer, 1993).

Não se denotando a mesma evolução em outros países do mundo, como por exemplo na Nigéria, em que o estudo efectuado por Irinoye, Onda, Ogunfowokan & Olaogun (2006), permitiu concluir que os currículos de formação inicial dos enfermeiros, neste país, não permitem a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências conducentes a práticas de cuidados centradas na família.

Referindo-se ao Brasil Gomes, Gaiva & Oliveira (2002) aludem que só na década de noventa os currículos dos cursos de enfermagem começaram a integrar conteúdos com temáticas sobre família, pois durante muito tempo a formação em enfermagem baseou-se no modelo biomédico, priorizando a cura da doença e desvalorizando as acções de promoção e prevenção de problemas que afectam as famílias e as comunidades.

Num estudo desenvolvido em 1997, sobre o ensino de enfermagem de família, nas Escolas de Enfermagem do Brasil, verificou-se que de catorze instituições, dez referiram não ter docentes com formação especializada em família, sendo que apenas seis integram conteúdos sobre família e só duas têm disciplinas formais sobre família (Angelo, 1999). Contudo, a par dos desenvolvimentos noutros países, também a formação em enfermagem, no Brasil, tem sido direccionada para uma abordagem centrada na família. Realça-se o curso de actualização de "*Família e doença: uma perspectiva de trabalho em enfermagem*", promovido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), decorrendo em 2008 o 7.º Curso de Actualização. Apesar de focalizado no processo de doença na família, engloba nos seus conteúdos fundamentos teóricos de enfermagem de família. Pretendendo oferecer bases teóricas para a prática com famílias em situação de doença, julgamos que possibilita a reflexão e discussão sobre os desenvolvimentos em enfermagem de família e a sua adequação a situações familiares específicas. Ainda a pós-graduação desenvolvida na USP em "*Teorias sobre Família e Aplicações na Assistência e Pesquisa em Enfermagem*" cujo objectivo principal é a apresentação da enfermagem de família como referencial teórico, com ênfase na pesquisa e formação de recursos humanos.

Em Portugal, não temos conhecimento de pesquisas direccionadas à integração da enfermagem de família no ensino de enfermagem, sendo a nossa percepção de que essa integração é muito distinta nas diferentes instituições e os conteúdos também muito variáveis. Contudo, desde a última década têm surgido cursos de pós-graduação em enfermagem de família, o que evidencia a preocupação das instituições na formação dos enfermeiros para os cuidados centrados na família e o reconhecimento da importância do desenvolvimento destas práticas. Várias escolas de enfermagem têm desenvolvido cursos, visando responder aos desafios que se colocam aos enfermeiros na sua prática, com enfoque especial para os CSP. Assim, as finalidades subjacentes aos mesmos, e transversais às várias instituições, relacionam-se com o desenvolvimento de competências em enfermagem de família através da optimização da capacidade de intervenção, nos diferentes contextos da prática.

Apesar da descrição da evolução da formação em enfermagem, no que se refere à abordagem da família como unidade de cuidados, mantemos a nossa concordância com Hanson (1999) relativamente à emergência de metodologias e técnicas mais eficazes. Aumentar o número de professores com formação nesta área julgamos que implicará o desenvolvimento de metodologias adequadas, assim como a integração de conteúdos e conceitos sobre família e enfermagem de família. Wright & Leahey (1990, 1999b) consideram que equipar as instituições de ensino com meios que permitam a supervisão directa das entrevistas com a família constituir-se-á como um avanço para a formação

dos estudantes de enfermagem, pois a dotação de recursos apropriados permitirá diminuir o antagonismo entre o conhecimento teórico e a prática. As práticas clínicas dos estudantes da formação inicial têm sido centradas maioritariamente no primeiro nível da enfermagem de família (família como contexto e suporte de cuidados), estas práticas reconhecem a importância da compreensão do funcionamento, processos interaccionais e evolutivos das famílias. Daí a necessidade do desenvolvimento de competências sobre processos de grupo, teorias de comunicação e família para o desenvolvimento da enfermagem de família (Friedemann, 1989, 1999).

Manifestamos a necessidade de implementar currículos que sejam concordantes com as orientações da OMS (2000) com formação certificada de enfermeiros de saúde familiar. Centrada nas situações de cuidados às famílias, dá-se realce a metodologias interactivas que visam a aprendizagem através da reflexão sobre os cuidados, baseada na supervisão das práticas.

Seja a nível de formação graduada ou pós-graduada, o ensino deve ser dinâmico e actualizar-se (Moules & Tapp, 2003), constituindo-se como um agente de mudança, fundamentado na evidência que emerge do desenvolvimento do conhecimento.

Embora os cuidados à família serem cada vez mais integrados nos processos formativos, têm sido, ao longo do tempo, negligenciados no contexto da investigação. Desde a década de noventa do séc. XX, manifesta-se o crescente interesse da enfermagem, a nível teórico e clínico, relativamente às questões da família, com repercussões a nível da investigação (Wright & Leahey, 1990, 1999b). Segundo as autoras, este desenvolvimento tem sido mais evidente a nível da saúde mental, direccionados essencialmente aos aspectos epidemiológicos. Porém alguns estudos desenvolvidos por Campbell (1987, cit. por Wright & Leahey, 1990) direccionam-se às interacções entre a família e a ocorrência de patologias como a diabetes ou hipertensão arterial, relacionando a evolução da doença do indivíduo com a organização e o nível de coesão familiar. Reiterando esta evolução, também a pesquisa desenvolvida por Wall & Laveland-Cherry (1993), referente á investigação em enfermagem no âmbito da família, efectuada de 1984 a 1991, permitiu identificar como grandes temáticas de pesquisa: relações familiares, cuidado da família e a família no processo de doença, contexto social e familiar e, formação profissional e metodologias de atendimento á família.

Foi também a partir da década de noventa que mais se evidenciou o desenvolvimento de estudos desenvolvidos nos EUA, Canadá, países nórdicos e Brasil (Loveland-Cherry, 2006; Marcon, Waidman, Decesaro & Arêas, 2006; Benzein & Saveman, 2006), espelhando-se as mudanças ocorridas na intervenção familiar, reflectindo-se, em reciprocidade, o reconhecimento na investigação em enfermagem.

No Brasil a investigação em família tem evoluído direccionada às interacções e processos adaptativos da família perante situações de doença dos seus membros, quer na compreensão desses processos (Damião & Angelo, 2001; Oliveira & Ângelo 2000), quer no desenvolvimento de modelos de cuidados centrados na parceria com a família (Bousso, Tito & Pires, 2004; Polés & Bousso, 2004; Wernet & Margareth, 2003).

Com efeito um estudo desenvolvido em 2006, por Marcon, Waidman, Decesaro & Arêas, com o objectivo de identificar os referenciais teóricos e as metodologias utilizadas nos estudos no âmbito da família, nos cursos de pós-graduação de enfermagem, no Brasil, permitiu verificar o reconhecimento, a nível da investigação produzida, da importância da compreensão dos processos familiares face a situações de doença. Os temas incidiram predominantemente nos cuidados à família e a coexistência familiar em situações de doença, integrando factores como o ciclo de vida, aspectos culturais e étnicos (Marcon, Waidman, Decesaro & Arêas, 2006).

Também o desenvolvimento de modelos de cuidados tem-se constituído como uma área em crescimento na investigação em enfermagem de família, no Brasil. Com o objectivo de identificar os artigos científicos no âmbito dos cuidados centrados na família Wheirich, Tavares & Silva (2004), analisaram artigos publicados de 1993 a 2003, em nove revistas indexadas, cujos autores eram enfermeiros. Verificaram a predominância de publicações sobre propostas de modelos de cuidados direccionados à intervenção com as famílias, traduzindo uma visão abrangente e complexa da unidade familiar.

A nível mundial, numa análise desenvolvida por Loveland-Cherry (2006), sobre o estado da investigação em intervenção familiar, emergem duas dimensões centrais: unidade familiar como foco dos cuidados e resultados e impacto das intervenções de enfermagem. O mesmo estudo permitiu identificar que os investigadores utilizam abordagens teóricas diferentes para a concepção de família e sobretudo metodologias quantitativas, numa intervenção abrangente, desde o indivíduo, a díades e ao sistema familiar.

Sobre o impacto das intervenções de enfermagem, evidenciamos a publicação de vários estudos que pretenderam demonstrar como a utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar de enfermagem de família permitiram melhor a eficácia das mesmas intervenções e desenvolver competências de resolução dos problemas, por parte das famílias (Vosburgh & Simpson, 1993; Angelo, 1999; Figueiredo, 2002a; Diógenes & Varela, 2004; Pettengill & Angelo, 2006; Simpson, Yeung, Kwan, & Wah, 2006; Santos, 2006).

A ênfase progressiva na família a nível da investigação tem contribuído para que esta seja conceptualizada de forma diferente no contexto dos cuidados, passando de uma

visão da família apenas como recurso e suporte dos seus membros, mas como unidade de cuidados (Angelo, 1999).

Para isso têm também contribuído os estudos relativos à produção de escalas que pretendem avaliar as várias dimensões dos cuidados às famílias, como a percepção dos enfermeiros sobre as mudanças ocorridas nas práticas de cuidados às famílias (Simpson & Tarrant, 2006), as suas atitudes face ao envolvimento das famílias nos cuidados (Benzein, Johansson, Årestedt, Berg & Saveman, 2008; Benzein, Johansson, Årestedt & Saveman, 2008), ou ainda as crenças dos enfermeiros sobre os cuidados às famílias em situações de crise (Meiers, Tomlinson & McAlpine, 2007).

A maior parte do desenvolvimento ocorrido na produção do conhecimento em enfermagem de família, traduzido pelo aumento da investigação e pela evolução das temáticas e metodologias utilizadas, está associado às instituições de ensino de enfermagem. Com efeito, conforme já descrito, a FNU, na Universidade de Calgary, integrando a componente da formação e da investigação possibilitou o desenvolvimento de inúmeras pesquisas no âmbito da enfermagem de família (Bell, 2002, 2005a, 2008), sendo atribuído pela universidade, desde 1982, financiamentos para a investigação nesta área.

Também no Brasil destaca-se a constituição de grupos de pesquisa em enfermagem de família, que muito têm contribuído para a difusão do conhecimento e o desenvolvimento das práticas (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001), nomeadamente o *Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família* na Universidade de Santa Catarina, constituído em 1985, e o *Grupo de Estudos em Enfermagem da Família,* na USP, constituído em 1993. Ambos se pautam pelo desenvolvimento de uma rede crescente de estudos em Enfermagem de Família.

Em Portugal, nomeadamente na Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, desde 2004, foi constituído um grupo de investigação no âmbito da Família, cuja expansão levou à formação da Linha de Investigação de Enfermagem de Família, hoje integrada na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Os objectivos visam a valorização, apoio e promoção da investigação em enfermagem de família, tendo sido desenvolvidos estudos sobre as representações dos docentes sobre cuidados à família e as competências dos alunos para cuidar a família, no contexto do ensino clínico. Os resultados permitiram evidenciar *"a necessidade de dotar os futuros enfermeiros de competências que lhes permitam cuidar a família como um todo"* (Andrade, Martins, Barbieri, Figueiredo, Martinho, & Oliveira, 2008:39).

Sendo notória a crescente evolução na investigação em enfermagem de família, concordamos com Wheirich, Tavares & Silva (2004) que o desenvolvimento de estudos

nesta área se mantém prioritário, pelo seu contributo na mudança de um paradigma centrado na doença e no indivíduo, para a família e saúde.

Loveland-Cherry (2006) considera a emergência da avaliação do progresso na investigação em enfermagem de família, visando a definição de linhas orientadoras para o seu desenvolvimento. Algumas das orientações actuais face às necessidades de investigação nesta área, direccionam-se essencialmente para a clarificação das dinâmicas de intervenção e seu impacto na prática clínica; estabelecimento das relações entre o sistema e os resultados individuais; construções do conhecimento sobre como as famílias criam significados nos processos de saúde e doença e ainda o desenvolvimento de modelos teóricos que sustentem a prática (Loveland-Cherry, 2006; Pettengill & Angelo, 2006; Simpson & Tarrant, 2006; Silva, 2007).

Apesar da crescente produção e difusão de conhecimento na área de enfermagem de família, o desenvolvimento da prática não tem sido equivalente. A descrição, na literatura, de cuidados centrados na família, não corresponde às práticas desenvolvidas nos contextos de cuidados, pois a família ainda é vista pela enfermagem de forma fragmentada, e os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo e não à família como cliente (Angelo, 1999; Oliveira & Ângelo, 2000; Friedman, 1998; Elsen, Marcon, & Silva, 2002; Hanson, 2005; Subtil, 1999; Wheirich, Tavares & Silva, 2004).

Não é uma prática habitual para as famílias, reconhecer a necessidade de cuidados de saúde, como unidade familiar. Frequentemente, quando recorrem aos serviços de saúde fazem-no devido a situações de doença de um dos membros. Neste contexto o acompanhamento das famílias inicia-se habitualmente por um dos seus membros se encontrar doente (Ângelo & Bousso, 2008), focalizando-se os cuidados nos indivíduos isoladamente.

Em Portugal, apesar da crescente consciencialização de integrar a família como foco dos cuidados e do reconhecimento da importância do enfermeiro de família no acompanhamento sistemático das famílias, mantém-se uma filosofia de cuidados centrada nos programas de saúde em que a família é envolvida apenas como suporte de cuidados. Para criar modelos que vão além da doença e que visam melhorar a qualidade de vida há necessidade de promover o conhecimento e capacidade das famílias.

Apesar dos enfermeiros terem contacto frequente com as situações vivenciadas pelas famílias, ainda não estão sensibilizados para a complexidade inerente à dinâmica familiar e para a importância de considerar a família como unidade de cuidados, sendo apenas alguns enfermeiros que centram os cuidados na família e que a reconhecem como uma entidade de promoção do bem-estar (Wernet & Ângelo, 2003).

Todavia são cada vez mais os enfermeiros que focalizam os cuidados na família, quer quando a consideram contexto do indivíduo alvo dos cuidados, quer quando a tomam

como unidade de cuidados, tendo a convicção da importância da promoção da saúde e prevenção da doença nos cuidados dirigidos às famílias (Schober & Affara 2001; Pettengill & Angelo, 2006).

Se na literatura há evidência de que os enfermeiros teorizam mais sobre os cuidados que prestam, implicando alterações dos padrões da prática, o facto de referirem que os cuidados à família já fazem parte da sua prática, opera como constrangimento para a análise das mesmas e o correspondente desenvolvimento no sentido de cuidados centrados no sistema familiar, a nível das suas interacções (Wright & Leahey, 1990, 1999b). Segundo as mesmas autoras o factor mais significativo que entrava os cuidados centrados na família é a forma como os enfermeiros conceptualizam os cuidados de saúde e doença, além da dificuldade em direccionar os cuidados para as interacções dos membros da família.

Sendo que as representações de família e dos cuidados á família afectam a forma como os enfermeiros desenvolvem os cuidados, Gomes, Gaiva & Oliveira (2002) num estudo em que procuraram compreender as concepções adoptadas pelos enfermeiros sobre família, verificaram que apesar de associarem o conceito de família a um sistema de interacção, as suas práticas são direccionadas para o membro da família com doença e apesar de reconhecerem a importância da família, referem dificuldades que não lhes permite ter a família como unidade de cuidados. Estas dificuldades centram-se na pouca preparação em trabalhar com famílias, compreender e ser capaz de intervir na dinâmica das famílias na adaptação a novos papéis e nas estratégias de adaptação face a situações de stresse.

A falta de conhecimento para desenvolver eficazmente o trabalho com as famílias é também um dos factores mencionados pelos enfermeiros relatando também dificuldades que advém do desconhecimento da própria comunidade relativamente ao seu trabalho, além da sobrecarga de trabalho e baixos salários (Angelo, 1999; Centa, Albuquerque & Arcoverde, 2004). Por outro lado, ainda muito do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é informado de acções de apoio à actividade médica, (Barbosa, Medeiros, Prado, Bachion & Brasil 2004; Schober & Affara 2001), podendo até ser reconhecido como enfermeiro de família, contudo as suas funções são entendidas como o executar de tarefas delegadas pelo médico. Acresce ainda a grande diversidade de práticas e a socialização profissional que determina, muitas vezes, a reprodução dos modelos em uso, em que os enfermeiros se sentem mais confortáveis com as técnicas e o desempenho de tarefas (Schober & Affara 2001).

Apesar dos cuidados de saúde, com as reformas a nível mundial, voltarem o seu foco para a comunidade e para a saúde familiar, a ênfase ainda se mantém nos aspectos

individuais aliados à doença e não nos cuidados de saúde á família (Hanson & Boyd, 1996; Gilliss 1991; Hanson, 1999).

Pactuamos com Weirich, Tavares & Silva (2004) sobre a ligação ainda existente entre a enfermagem e o modelo biomédico, em que os diagnósticos utilizados são centrados na doença e por sua vez estas são centradas nos indivíduos, além da própria documentação dos cuidados ser orientada também para o indivíduo. Parafraseando Morin (2004) sobre a essência do pensamento complexo, o modelo biomédico, decorrente dos pressupostos da ciência tradicional, não engloba a complexidade da família, em que os seus constituintes estão inseparavelmente associados e integrados.

Em conformidade, a OMS (2002), num relatório sobre os CSP, publicado em 2002, refere que os cuidados de saúde situam-se essencialmente aos níveis da prevenção secundária e terciária, com ênfase numa abordagem fragmentada da família e comunidade.

É difícil na cultura ocidental *"olhar para além do indivíduo"* (Minuchin & Fishman, 1990:22), formada por um paradigma de autodeterminação individual. A mudança de paradigma é habitualmente um processo lento, pois, segundo Morin (2004), a percepção sobre os princípios que regulam a interpretação do mundo, a percepção e o questionamento desses mesmos princípios requer esforço e motivação. Neste contexto as mudanças de paradigma "*só podem ocorrer por meio de vivências, de experiências, de evidências que nos coloquem frente a frente com os limites do nosso paradigma actual*" (Vasconcellos, 2002:35).

Realmente a natureza e a prática dos cuidados de enfermagem são influenciados pelos sistemas políticos, económicos e culturais de cada país, que reflectem o conjunto de princípios que regulam o macrossistema. Os papéis dos enfermeiros são muito diversos, como são diversos os contextos onde estes actuam, evidenciando-se uma heterogeneidade muito grande a nível da formação e das práticas dos enfermeiros, em todo o mundo (Schober & Affara, 2001).

Retomando as questões relacionadas com o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de família e ainda o reconhecimento efectivo por diversas entidades internacionais e nacionais da sua importância como modelo de cuidados, sobretudo a nível dos CSP, temos vindo a analisar diversos factores históricos e contextuais que têm contribuído para a manutenção da dicotomia entre a teoria e a prática.

Neste contexto, Schober & Affara (2001), identificaram diversos factores de impacto no desenvolvimento de práticas centradas na família, englobados nas políticas de saúde: pouca clareza relativamente ao papel e às competências do enfermeiro no desenvolvimento de cuidados às famílias; inexistência de regulação legal desse mesmo papel no âmbito das funções de enfermeiro de família; dificuldade em identificar os

ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem que advém da não clarificação do seu papel.

A dificuldade dos enfermeiros em definirem o seu papel na intervenção familiar, adjacente à pouca preparação nesta área, condiciona também a forma como se relacionam com outros profissionais e com as próprias famílias. Esta interacção baseada essencialmente nos aspectos instrumentais da família, reforça a imagem social do enfermeiro como suporte do médico.

Torna-se então um desafio aumentar a evidência que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros conduzem a serviços mais acessíveis e abrangente para as famílias, dando maior visibilidade a esses mesmos cuidados (Schober & Affara, 2001). O reconhecimento da competência e dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções dos enfermeiros influenciará o desenvolvimento de políticas de saúde direccionadas para a enfermagem de família, assim como propiciará a regulação legal do papel do enfermeiro de família e consequentemente, de acordo com Dorothee & O`Sullivan (2005), a definição do papel do enfermeiro no contexto multidisciplinar.

Para que seja reconhecido o papel dos enfermeiros junto das famílias, estes deverão demonstrar competências na interacção entre todos os níveis do sistema familiar, desde o nível micro ao nível macro, e compreenderem a influência entre os processos de saúde e doença e essas mesmas interacções. Por isso a necessidade emergente do desenvolvimento de práticas centradas na família como unidade de intervenção do enfermeiro no contexto dos CSP, associando o domínio de novas técnicas que permita a intervenção na complexidade dos contextos (Martins, 2003).

O uso de metodologias de ensino mais interactivas, que permita o treino de capacidades perceptuais, conceptuais e executivas (Wright & Leahey, 1990, 1999b), permitirá ensinar a "*pensar família*" (Angelo, 1999: 8), enquanto unidade de complexidade. Pois embora a formação em enfermagem tenha integrado cada vez mais disciplinas nesta área, as práticas clínicas desenvolvidas pelos alunos continuam a ser centradas nos indivíduos (Hanson, 2005), reproduzidas nos contextos profissionais e utilizadas nos processos de modelagem de construção da identidade profissional.

Para uma prática cada vez mais proficiente, no sentido da intervenção com o sistema familiar, é também necessário que os enfermeiros procurem formação para fundamentarem as suas práticas de cuidados às famílias (Simpson & Tarrant, 2006), promovendo contextos intercessores de uma prática de enfermagem de família.

Assim é essencial que os enfermeiros tenham conhecimentos sobre as teorias que alicerçam a enfermagem de família, assim como modelos e teorias de enfermagem de família, instrumentos de avaliação familiar, técnicas relacionais e de intervenção, utilização de uma linguagem apropriada (Angelo, 1999, Potter, 2005). Julgamos que o

processo de "*instrumentalização*" designado por Angelo (1999) como a capacitação para a intervenção com a família, permitirá uma maior eficácia das intervenções pela sua maior adequação às necessidades das famílias.

O desenvolvimento das práticas permitirá que os enfermeiros documentem os cuidados produzidos dirigidos às famílias e os sistemas de informação (SI) englobarem domínios para o registo desses mesmos cuidados (Wright & Leahey, 1990, 1999b). A criação de objectivos comuns em enfermagem de família (Dorothee & O`Sullivan, 2005) e a clarificação do próprio conceito (Figueiredo, 2002b) permitirá o desenvolvimento de uma prática sistémica e o desenvolvimento de uma cultura de cuidados que permita a visibilidade das mesmas no contexto geral dos cuidados de saúde.

Para tal é necessária a ampliação do foco de observação do indivíduo para a família, a compreensão da sua complexidade através das relações intrassistémicas e intrersistémicas; a aceitação dos seus processos de auto-organização e reconhecer a sua participação no sistema, pela validação de possíveis realidades (Vasconcellos, 2002). Em síntese, um pensamento complexo e integrador em que "*a família precisa de ser compreendida na sua complexidade, instabilidade, globalidade, contextualidade, multidimensionalidade, organização, diversidade, entre outros aspectos inerentes ao conceito sistémico*" (Silva & Figueiredo, 2006:2).

É neste contexto que a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias permitirá o desenvolvimento de uma prática direccionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transições ecológicas (Bronfenbrenner, 1996), como elemento base de desenvolvimento.

Pois se analisamos até agora a evolução da enfermagem de família considerando as políticas e os valores sociais inerentes aos diversos sistemas sociais, numa abordagem macrossistémica, torna-se agora essencial a descrição e análise do contexto que tem subsidiado a evolução da enfermagem de família. Ainda a inter-relação entre esses contextos teóricos, que se constituem em vários níveis de conhecimento, integrador e complexo, sujeito a diversas transições que se constituem como oportunidade na promoção e desenvolvimento desta área de conhecimento.

2.2 – Enquadramento Exo e Mesossistémico

Por todos os pressupostos inerentes ao sistema familiar e consequentemente às práticas de cuidados com as famílias, a enfermagem de família tem alicerçado o seu desenvolvimento nas teorias das ciências sociais, terapia familiar e teorias de enfermagem. A integração destas teorias permitiu o desenvolvimento teórico, prático e de

investigação em enfermagem de família (Bomar, 1996; Feetham, 1991; White, 1997; OMS, 2000; ICN, 2002a; Wright & Leahey, 1994; 2002; 2005; Hanson & Boyd, 1996; Hanson & Kaakinen, 1999; Hanson, 2005; Freidman, 1998; Duhamel, 1995 ; Johnson, 1998; Vaughan-Cole, Jonhson, Malone & Walker, 1998; Wegner & Alexander, 1993; Gillisss, 1998, 1991; Friedemann, 1989,1999; Pena & Aranda, 2000; Whall & Fawcett, 1991; Bell, 2005a; Schober, & Affara, 2001).

Com efeito as teorias das ciências sociais possibilitam a descrição do funcionamento e dinâmica da família, partindo de uma abordagem interdisciplinar útil para a prática da enfermagem de família. Friedman (1998) e Hanson (2005) integram nesta categoria diversas teorias, considerandas como mais relevantes: teoria estruturo-funcional, em que a família é considerada como um sistema social, partindo do pressuposto de que "*os membros da família agem de acordo com um conjunto de normas e valores interiorizados, que são aprendidos principalmente através da socialização*" (Hanson, 2005:45); teoria dos sistemas; teoria interactiva com ênfase na dinâmica interna da família (Hill & Hansen, 1960; Turner, 1970; cit. por Hanson, 2005); teoria do stresse, baseda no modelo de Hill (1965) e alargada posteriormente por McCubbin (1993); teoria do desenvolvimento, que se reporta à história processual da família, com ênfase no ciclo vital (Duvall & Miller, 1985); e ainda a teoria da mudança, dando relevo à biologia da cognição desenvolvida por Maturana & Varela (2005).

Alguns autores, (Knauth 2003, Goodell & Hanson, 1999) referem-se à teoria dos sistemas familiares de Bowen, como contributo para o entendimento do comportamento humano a partir de uma família e dos sistemas naturais que a englobam, considerando esta teoria como um quadro eficaz para orientar a enfermagem em direcção a uma melhor compreensão da família.

Teorias narrativas também têm cimentado as práticas de enfermagem de família (Moules & Streitberger, 1997) e ainda o interaccionismo simbólico, partindo das premissas de Blumer (1969, cit. por Oliveira & Ângelo, 2000) e utilizado quer como referencial teórico-metodológico na investigação familiar, quer como quadro de referência nas práticas de cuidados direccionadas às famílias (Ângelo, 1999; Ângelo & Bousso, 2001; Wernet & Ângelo, 2003; Souza & Angelo, 1999).

A diversidade de áreas temáticas no âmbito da enfermagem de família e dos paradigmas sob os quais podem ser analisadas, pressupõem a defesa do ecletismo conceptual e metodológico no desenvolvimento do conhecimento nesta área.

Contudo, para a compreensão da família, como unidade, julgamos essencial a sua conceptualização através de um paradigma que permita entender a sua complexidade, globalidade, reciprocidade, diversidade, unicidade, entre muitas outras características inerentes á sua multidimensionalidade, numa abordagem que considera tanto a

historicidade da família, quanto o seu contexto e que ultrapasse as definições associadas à consanguinidade e afinidade.

É neste contexto que privilegiamos o paradigma sistémico, pela sua maior adequação à complexidade do sistema familiar.

Da triangulação entre a Teoria Geral dos Sistemas (TGS) de Bertanlaffy (1977) que definiu as leis gerais que permitem conhecer as características dos sistemas, a Cibernética de Norbert Weiner (Weiner, 1948) que estudou a forma de funcionamento dos sistemas e a Teoria da Comunicação Humana de Paul Waltzlawick em colaboração com outros teóricos da Escola de Palo Alto (Waltzlawick, Beavin & Jackson, 1967) que fizeram a ligação entre os elementos que compõem cada sistema, emergiu o Modelo Sistémico ou Pensamento Sistémico (Vasconcellos, 2002). Surge, de acordo com Vasconcellos (2002:43), como um novo paradigma da ciência, considerando o conjunto de crenças e valores que a autora "*toma equivalente de epistemologia ou de quadro de referência epistemológico, no sentido da visão ou concepção de mundo implícita na actividade científica*".

Enquadra-se na epistemologia sistémica, cujos pressupostos se caracterizam pela mudança da simplicidade para a complexidade, da estabilidade para a instabilidade e da objectividade para a intersubjectividade (Capra, 1996; Morin, 2004). Desta forma é possível fazer a distinção do objecto, sem o dissociar do seu contexto, numa abordagem designada pela autora, como *pensamento integrador*, pela possibilidade de união de conceitos que podem ser considerados antagónicos. Integrando a crença na imprevisibilidade dos fenómenos e consequentemente na sua irreversibilidade e incontrolabilidade, cimentada numa atitude de *objectividade entre parênteses* e o reconhecimento do *multiversa*, em conformidade com as teorias de Maturana & Varela (1997, 2005).

Aplicado o pensamento sistémico de Vasconcellos na abordagem à família, esta é vista como um sistema de relações e interacções intrínsecas à vida da família, colocando o foco na complexidade do contexto, na auto-organização como característica inerente aos sistemas e nos seus processos de co-construção evolutivos.

Baseando-se neste paradigma, Silva, Gonçalves & Costa (2007:219), afirmam que o olhar sobre a família deve incidir na instabilidade dos seus processos, dinâmicos e em constante mudança, de forma a "*conceber o seu funcionamento estrutural na vertente da complexidade das interrelações, compreender relações dinâmicas no contexto da intersubjectividade e perceber a instabilidade no processo diacrónico do sistema*."

Além da TGS, da Cibernética e da Teoria da Comunicação Humana, são incluídos por Vasconcellos (2002) os estudos de Bateson (1984, 1987, 1999) e os contributos destes associados ao de Heinz Von Foerster (1996), Maturana (1997) e Maturana & Varela

(1997, 2005), como marcos epistemológicos no desenvolvimento do Pensamento Sistémico. Apesar de enquadrar a TGS no paradigma tradicional da ciência, a autora considera que a teoria da autopoiese e a biologia da cognição permitiram integrar esta teoria num novo paradigma. Cimenta-se ainda na teoria da complexidade de Morin (1977, 1982, 1992, 2004) e na ecologia profunda ou ecossistémica de Capra (1996).

O conceito de pensamento sistémico também já tinha sido utilizado por Beckett (1973, cit. por Barker, 2000), no âmbito da terapia familiar, integrando os pressupostos das teorias de Von Bertalanffy, mas excluindo os modelos matemáticos propostos por este.

O estudo dos sistemas surgiu da necessidade de amplificar a visão ao todo em vez de decompor as partes, concebendo a unidade como um todo e parte indivisível e em que nenhum dos dois termos pode ser redutível ao outro.

A TGS surgiu nos anos vinte do séc. XX a partir dos trabalhos de Ludwig Von Bertalanffy (Bertalanffy, 1977) relativos á relação das células com o exterior. Pretendendo a unificação da ciência, Bertalanffy defendeu a necessidade de cada disciplina ter uma teoria geral e abstracta de forma a integrar o conhecimento adquirido em outras disciplinas. Seria assim uma teoria que transcenderia as fronteiras disciplinares, aplicada a todas as ciências que estudam todos organizados.

Definiu sistema como um complexo de elementos em interacção dinâmica (Bertalanffy, 1977), um todo organizado formado por elementos interdependentes, que interagem com objectivos comuns, rodeado por um meio exterior. Fez também a distinção entre sistemas fechados e sistemas abertos. Os primeiros caracterizam-se pela entropia, o caos, a simplicidade, a homogeneidade, o determinismo e a causalidade linear, enquanto nos sistemas abertos há interacção dinâmica entre os seus componentes, caracterizando-se pelas interacções com o exterior, mantendo-se afastados do equilíbrio, "*nesse estado estacionário caracterizado por fluxo e mudança contínuas*" (Capra, 1996:31).

A interacção que permite a abertura para o meio exterior, implica que os sistemas influenciem e sejam influenciados por este meio, nos vários níveis de relação, de contexto e de tempo. Em constante interacção com o meio ambiente, para prosseguir com as suas finalidades, o sistema utiliza processos de entropia negativa, associando-se a entropia a processos de desorganização e caos.

A diminuição da entropia permite o aumento da ordem (Bertalanffy, 1977). Com efeito o conceito de entropia de Prigogine (1968) permite compreender a evolução dos sistemas vivos no sentido da diferenciação e organização possibilitando a sua evolução para um estado de organização superior (Bertalanffy, 1977). Este conceito associado à irreversibilidade e à desordem não se aplica à família, pois como sistema aberto não apresenta entropria, pela regulação das entradas e saídas do sistema, através das suas fronteiras (Barker, 2000).

Os sistemas abertos recorrem então a mecanismos neguentrópicos visando o equilíbrio homeostático dinâmico, caracterizado pela instabilidade inerente às relações com o meio. Esta adaptação é efectuada através da informação e comunicação que circula, através dos processos de interacção contínua (Dias, 2001). A interacção, como característica definidora do sistema, é determinada pela configuração de relações entre os seus elementos, qualificando a sua organização (Maturana & Varela, 2005) e distinguindo o sistema de um simples aglomerado de elementos, com finalidades próprias e percursos específicos.

Corresponde a esta característica o conceito de equifinalidade, em que o mesmo estado poder ser atingido a partir de condições iniciais diferentes ou através de processos distintos, que não se baseiam em mecanismos predeterminados, mas antes na interacção dinâmica de múltiplos factores (Bertalanffy, 1977; Vasconcellos, 2002). Ou de outra forma, conforme referido por Barker (2000), refere-se à autonomia da família quanto às estratégias utilizadas para funcionar e atingir os seus objectivos, independentemente dos estímulos exteriores ao sistema.

Para concretizar as suas finalidades os sistemas regem-se pelos princípios do expansionismo e globalismo (Dias, 2001). O primeiro refere-se à dependência das partes relativamente ao todo; o segundo que as características do todo estão presentes nas partes. Estas características de cada uma das partes projectam-se no todo, constituindo a globalidade do sistema, em que as relações dão coesão ao todo e mantêm-se mesmo que haja substituição de um dos elementos do sistema (Vasconcellos, 2002).

Cada um dos elementos comporta-se, por sua vez, como um sistema cujo resultado é maior do que o resultado que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente. Nesta perspectiva o todo é mais do que a soma das partes, em que o comportamento do todo é mais complexo do que a soma dos comportamentos das partes, correspondendo ao princípio da não-aditividade (Relvas, 2003), em que "*a família como um todo é mais do que a soma das partes*" (Wright & Leahey, 2002:40). O que significa, conforme Bertalanffy (1977:83) que "*as características constitutivas não são explicáveis a partir das características das partes isoladas*".

Por outro lado, o todo é também menos que a soma das partes uma vez que as propriedades que emergem do todo podem também não expressar determinadas qualidades das partes. Daqui decorre a relação hologramática do sistema, considerando que "*as partes estão no todo e o todo está nas partes*" (Vasconcellos, 2002:43).

Sendo as partes interdependentes e o sistema comportando-se como um todo, a variação de um dos seus elementos origina variações de todos os outros elementos, implicando que a mudança num dos membros da família origine mudança nos outros membros e na estrutura interaccional do sistema.

As propriedades da família, enquanto sistema social e humano levam-nos a concordar com Wright & Leahey (2002) no sentido em que os indivíduos serão melhor compreendidos no seu contexto familiar, não sendo as partes redutíveis ao todo e reciprocamente. A definição de família proposta por Gameiro (1994:45) enfatiza este pressuposto ao referir que as relações que traduzem a complexidade da família, englobam sentimentos e comportamentos que "*não são passíveis de ser pensados com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados*".

Para representar estas propriedades sistémicas da família, Allmond, Buckman & Golman (1979:9) comparam a família a um mobile:

"Visualize um móbile, com quatro ou cinco peças … O todo está em equilíbrio, embora se movimente de maneira uniforme. Algumas peças se movem rapidamente; outras estão quase estacionárias. Uma brisa que toca apenas um seguimento do móbile influencia imediatamente o movimento de cada peça, algumas mais do que de outras, e o ritmo envolve algumas peças não equilibradas e as movimenta de modo caótico por algum tempo. De maneira gradual, o todo exerce sua influência na(s) parte(s) errante(s) e o equilíbrio é restabelecido, mas não antes de ocorrer uma decidida alteração em direção ao todo.".

A família assim representada é todo e partes ao mesmo tempo, qualquer alteração afectará quer as partes, quer o todo e ambos tendem a promoverem a mudança para o equilíbrio dinâmico da unidade familiar.

Os sistemas estruturam-se de forma que cada um dos seus elementos funciona como um sistema de nível inferior (Bertalanffy, 1977), numa hierarquização sistémica ou organização hierarquizada que permite a superposição de níveis no sistema. Os membros individuais são designados por *holons,* sendo simultaneamente todo e partes, com duas tendências: uma integrativa para funcionar como parte do todo e outra afirmativa para funcionar como todo, expressando a sua autonomia (Minuchin & Fishman, 1990; Vasconcellos, 2002). O *holon* sugere uma partícula ou uma parte, que se situa nos níveis médios de qualquer hierarquia, referindo-se Minuchin & Fishman (1990) ao sub-sistema individual, abrangendo os determinantes individuais que vão para além da sua dimensão familiar, integrando as suas características de *holon* social. Assim, cada indivíduo é ele próprio um sub-sistema da família ou um sistema, e faz parte de vários sistemas, com funções e papeis dentro e fora do sistema familiar, traduzindo o principio hologramático do sistema familiar.

Cada indivíduo pode ser precepcionado como um sub-sistema, tal como as díades conjugais ou outros subgrupos familiares, formados por uma geração (irmãos), pelo sexo, ou pelas tarefas que desempenham no sistema familiar, como o sub-sistema parental.

Desta forma um sistema constitui-se como sub-sistema relativamente ao nível hierárquico superior ou como supra-sistema em relação ao nível hierárquico inferior. O sistema familiar sendo parte de supra-sistemas mais amplos, é constituído por sub-sistemas autónomos, funcionando quer como parte de sistemas mais extensos, quer como totalidade, relativamente aos seus sub-sistemas (Barker, 2000; Wright & Leahey, 2002; Relvas, 2003), ou como refere Andolfi (1981:20) "*um sistema entre sistemas*".

Podemos considerar o indivíduo, os sub-sistemas, a família, a comunidade como *holon*, pois são ambos, um todo e uma parte num processo contínuo de comunicação e interrelação (Minuchin & Fishman, 1990).

Os supra-sistemas incluem a família alargada e os sistemas amplos da rede social da família, integrando supra-sistemas cada vez mais vastos, que se podem expandir para além do contexto macrossistémico, como o conjunto das nações ou o planeta, conforme descreve Barker (2000).

Os sub-sistemas pelos quais se organiza o sistema familiar, são o conjugal, parental e fraternal, considerando que esta distinção resulta sempre do observador, pois este é que fará emergir um sistema, um sub-sistema ou um suprasistema (Maturana, 2005; Vasconcellos, 2002). Podem ainda existir outros sub-sistemas, como os filhos mais velhos, as crianças mais novas, as mulheres da família (Barker, 2000; Wright & Leahey, 2002), conforme referido anteriormente.

O sub-sistema conjugal, constituído pelo casal, cuja co-construção da conjugalidade influencia as interacções estabelecidas na família como um todo, estabelece-se como modelo relacional na expressão da efectividade e de gestão de conflitos (Relvas, 2003). As suas principais tarefas prendem-se com a "*complementaridade e acomodação mútua*" (Minuchin & Fishman, 1990: 61), iniciando-se com a conciliação dos diferentes valores e a decisão sobre aspectos do quotidiano da vida familiar. Permite também a gestão das tensões exteriores, promovendo a aprendizagem, criatividade e crescimento dos seus membros, através do apoio emocional.

O sub-sistema parental, com funções executivas (Relvas, 2003), tem como objectivo a educação e protecção dos filhos, podendo incluir outros elementos além dos pais. Direccionado essencialmente para a educação e socialização dos filhos, permitindo que as crianças desenvolvam competências para a gestão da autoridade e aspectos essenciais da comunicação, além de experienciar a forma como a família gere a negociação e o conflito (Minuchin & Fishman, 1990).

O sub-sistema fraternal, composto pelos irmãos constitui-se como o primeiro espaço de socialização. As crianças desenvolvem relações com iguais aprendendo a negociar e a cooperar (Minuchin, 1990, Minuchin & Fishman, 1990; Relvas, 2003), desenvolvendo os

seus próprios padrões interaccionais, que serão essenciais quando do ingresso nos grupos extrafamiliares.

Os vários níveis de poder que caracterizam a hierarquização sistémica, permitem o estabelecimento de um padrão de interacção facilitadora da negociação e consequente resolução de problemas na unidade familiar. Em cada sub-sistema, os indivíduos podem ter diferentes níveis de poder (Minuchin, 1990), sendo as regras estabelecidas que permitem delimitar as fronteiras, definindo quem participa em cada um deles e a forma como participa.

Assim, para que os sistemas funcionem é necessária a existência de limites ou fronteiras, entre os seus sub-sistemas e os supra-sistemas, que obedecem ao princípio da permeabilidade (Dias, 2001), facilitando as trocas de informação com meio. Efectivamente, no sistema familiar, conforme referido por Barker (2000:40), as fronteiras são semipermeáveis, no sentido em que "*algumas coisas podem atravessá-las enquanto outras não*". Estabelecendo os limites ou fronteiras do sistema, estes constituem-se como o lugar onde se dão as trocas entre o sistema e o ambiente, e entre os sub-sistemas familiares entre si. Permitem ainda a definição de quem participa, onde participa e a intensidade da participação, indicando "*quem, com quem, para fazer o quê, como, quando, onde"* (Relvas, 1999:63).

Envolvem regras, papéis, valores e padrões de comunicação, que permitem manter a diferenciação do sistema e dos sub-sistemas (Gameiro, 1994, Relvas, 2003, Alarcão, 2000) e que caracterizam a sua estrutura, como um "*conjunto de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem*" (Minuchin, 1990:57). Ou seja, são as características estruturais que permitem, de acordo com Maturana & Varela (2005) conferir identidade ao sistema familiar, integrando ainda, segundo Relvas (1999) a distribuição do poder, organização hierárquica do sistema e regras transaccionais.

Correspondendo à forma como a família se organiza e o modo como cada uma das suas unidades ou sub-sistemas está distribuída e como se relacionam entre si, a estrutura baseia-se no padrão de relacionamento entre os membros que formam estruturas de poder e papeis. Estes padrões delineiam os comportamentos e tornam viável o desempenho das tarefas familiares, a partir de uma complementaridade funcional (Minuchin & Fishman, 1990; Minuchin, 1990; Friedman, 1998).

Os papéis dos membros da família são habitualmente definidos como as expectativas de comportamentos, de obrigações e de direitos que estão associados a uma dada posição e que reportando-se aos padrões comportamentais, assumem-se como componentes de organização familiar (Duvall &Miller, 1985; Wright & Leahey, 2002; Hanson, 2005).

Bronfenbrenner (2002:68) introduz a componente da reciprocidade nesta definição, considerando que "*Um papel é uma série de actividades e relações esperadas de uma pessoa que ocupa uma determinada posição na sociedade e de outros em relação àquela pessoa*". Segundo o mesmo autor, as expectativas do papel traduzem a forma como o indivíduo deve agir quando colocado numa determinada posição familiar ou social, e como os outros devem agir em relação ao mesmo. Nesta perspectiva, o papel agrega a componente do conteúdo associado às expectativas, assim como a reciprocidade relacional, determinada pelo grau de poder e relação afectiva. Consideramos estes princípios fundamentais para a compreensão dos sistemas de papéis familiares e naturalmente dos seus padrões.

Os padrões estabelecidos mantêm-se dando continuidade ao sistema e em situações de desequilíbrio, a família pode alterá-los, adaptando-se a novas circunstâncias e mobilizando padrões alternativos (Minuchin, 1990). Os padrões transaccionais podem ser diferentes nos vários sub-sistemas e ao longo do desenvolvimento da família estes tendem a alterarem-se.

Para isso é necessário a permeabilidade dos limites, quer entre os sub-sistemas, quer entre o sistema familiar e os sistemas exteriores. Com efeito, quando estes são demasiado permeáveis o sistema perde a identidade e integridade, e dificilmente a família conseguirá aplicar os seus próprios recursos na tomada de decisão. Implica habitualmente uma preocupação exagerada entre os membros e a consequente diminuição da diferenciação entre estes, o que provoca o emaranhamento. A família responde com muita intensidade a qualquer variação individual e o desempenho de papéis torna-se inconsistente, produzindo um sentimento geral de instabilidade, com exagerada susceptibilidade a mudanças no seu ambiente social (Barker, 2000; Wright & Leahey, 2002; Minuchin, 1990; Potter, 2005).

Contrariamente, e segundo os mesmos autores, quando o sistema é muito fechado ou impermeável, terá pouca interacção com a sociedade, isolando-se do ambiente mais alargado. As fronteiras entre os sub-sistemas tornam-se rígidas, traduzindo-se na pouca capacidade de interdependência proveniente do diminuto sentimento de pertença. Nesta situação, quando é necessária uma resposta adaptativa, a família tende a não responder (Minuchin, 1990), como no caso de alterações no padrão de saúde de um dos elementos, em que pode ser necessário o desenvolvimento de papéis que até aí estavam atribuídos a esse elemento, por outro membro da família. Contudo, conforme reforçado por Gameiro (1994) as fronteiras ou limites entre os sub-sistemas, ou até mesmo entre o sistema familiar e os supra-sistemas são condicionadas por factores culturais que aumentam a complexidade da estrutura e organização familiar.

A flexibilidade dos limites determina, assim, o grau de funcionalidade do sistema, através das alterações estruturais do mesmo, consequentes à interacção dinâmica dos seus elementos e permitindo a adaptação às variações ambientais.

Estas alterações caracterizam a auto-regulação dos sistemas no sentido dos mesmos manterem o equilíbrio. Utilizando-se preferencialmente o conceito de auto-organização relativamente aos sistemas abertos, as flutuações decorrentes das interacções implicam sempre uma reacção do sistema, que levará à crise e podendo resultar ou não, em novo estado de complexidade (Minuchin & Fishman, 1990).

É o mecanismo de retroalimentação dos sistemas que permite o funcionamento do mesmo pela circularidade de informação, através dos mecanismos de feedback. Apesar de Bertalanffy (1977) dar ênfase a esta característica dos sistemas abertos, este é também um conceito central da Cibernética.

Após a segunda guerra mundial, a TGS foi reforçada com os estudos da Cibernética, destacando-se Norbert Wiener. Direccionado para o estudo do controle e da comunicação das máquinas e dos seres vivos, o seu objecto de estudo centra-se na autoregulação, surgindo como uma proposta de construção de sistemas que reproduzissem os mecanismos de funcionamento dos sistemas vivos (Wiener, 1951; Vasconcellos, 2002)

Os estudos na área da Cibernética, permitiram o desenvolvimento do conceito de causalidade circular, sendo este conceito comum à TGS. Segundo Watzlawick, Beavin & Jackson, (1967) este conceito opõe-se à circularidade linear, que se traduz pela ocorrência de um determinado acontecimento como causa de outro. No processo de causalidade circular, característico do sistema familiar, "*se a pessoa A disser a outra, B, para fazer alguma coisa e essa pessoa a fizer, isso afectará por sua vez o comportamento de A*" (Barker, 2000:41). Assim os indivíduos nas suas interacções, não só suscitam como respondem ao acontecimento (Jones, 2004), formando padrões repetitivos caracterizados pela redundância, ou hábito.

Nesta perspectiva, as interacções entre os membros da família, baseiam-se em processos de causalidade circular, sendo a base do modelo cibernético, o ciclo de retroacção (Bertalanffy, 1977).

Para Vasconcellos (2005) retroalimentação é sinónimo de retroacção e feedback, significando que uma parte do efeito (output) do funcionamento do sistema volta a entrar no mesmo, como informação (input), influindo o comportamento seguinte. Conforme vai funcionando o sistema, este vai sendo informado dos resultados desse mesmo funcionamento. A *alça de retroacção* ou *circuito de retroacção* permite que uma parte do resultado (output) seja enviada para a entrada do sistema (input), através do processo de circularidade recursiva ou retroactiva, característico dos sistemas autoreguladores.

De acordo com Wiener (1951) o princípio fundamental dos sistemas abertos é o da manutenção da ordem no seu interior ou entre dois sistemas, designando este processo por regulação, o que implica a recepção e processamento da informação sobre o sistema (feedback), seguindo-se a entrada de informação no sistema para que este corrija os erros (retroacção). Se o comportamento adaptativo às variações do meio surgem do próprio sistema designa-se este processo como auto-regulação.

Estes mecanismos, de retroacção e consequente auto-regulação permitem a estabilização do sistema. Encarregando-se de baixar o nível do desvio provocado pelas flutuações internas e externas, a retroalimentação negativa é responsável pela não mudança de funcionamento do sistema, com o objectivo de manter a sua organização, e como refere Benoit (2004:25) "*o erro serve para corrigir o erro*". Estes mecanismos de homeostasia, que atenuam as repercussões da mudança (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967; Gameiro, 1994; Andolfi, 1981), são designados habitualmente por mecanismo homeostático ou morfostático (Vasconcellos, 2002), ou mudança de primeira ordem, por não implicar mudanças significativas nas regras e nas relações entre os seus elementos, garantindo a morfostase.

Van Foerster (1996) diferencia cibernética de primeira ordem e cibernética de segunda ordem, integrando a capacidade auto organizativa dos sistemas e o conceito de sistema observante, significando que o observador e o observado constituem um sistema, em que o próprio observador se torna objecto de observação, um sistema observante.

À cibernética de segunda ordem podemos associar os conceito de *objectividade entre parênteses* discutido por Maturana & Varela (1997, 2005), considerando que existem tantas realidades quanto observadores, num multiverso onde coexistem diversas versões da realidade e pressupondo que esta não é independente do indivíduo. Esta visão construtivista da realidade, expressa pela "*co-construção da realidade, por consenso, entre observadores*" (Vasconcellos, 2002:142) permite compreender a diversidade de processos utilizados pelos sistemas, na manutenção do seu funcionamento, resultantes das distinções que eles próprios fazem da realidade.

Desenvolvendo o conceito de auto-organização dos sistemas, a segunda cibernética está então associada aos conceitos de autonomia dos sistemas, reflexibilidade e recursividade (Jones, 2004), implicando a compreensão dos processos de retroalimentação positiva. Estes permitem ampliar a mudança, conduzindo a mudanças qualitativas no sistema, em novas formas de funcionamento, ou à sua ruptura. Este tipo de feedback é designado como mecanismo morfogenético (Vasconcellos, 2002) ou mudança de segunda ordem, implicando novas regras que viabilizam a morfogenese. Caracterizada pela alteração da organização do sistema, da influência das interacções nas suas estruturas internas, podem emergir de forma espontânea novas estruturas e comportamentos, uma das

características dos sistemas abertos afastados do equilíbrio (Capra, 1996; Dias, 2001; Prigogine, 1968).

Nas famílias existe alternância destes mecanismos e muitas vezes os períodos de regulação por feedback positivo são restringidos pelos de feedback negativo (Barker, 2000), sendo ambos essenciais à continuidade do sistema, que se opera pela mudança.

Os mecanismos morfogenéticos que promovem a transformação para novos níveis de funcionamento, reportam-se à capacidade de auto-organização dos sistemas. O círculo retroactivo transforma-se em espiral ascendente (Benoit, 2004), característica dos sistemas autopoiéticos.

Autopoiese foi um conceito desenvolvido nos anos setenta do séc. XX para nomear a complementaridade fundamental entre estrutura e função, referindo-se à possibilidade de cada sistema vivo criar as suas próprias regras e modificar a sua organização (Maturana & Varela, 1997). Segundo os mesmos autores, a organização do sistema é gerada a partir da interacção dos seus próprios elementos, produzidos a partir dessa mesma rede de interacção circular e recursiva, centrando-se nas relações entre os elementos e as suas funções no todo comunicativo dos sistemas. A causalidade circular recursiva refere-se assim aos processos em que *"os efeitos e produtos são necessários aos próprios produtos que os gera*" (Vasconcellos, 2002:116), sendo que para Morin (1977) esta é a característica definidora da autopoiese, como finalidade primordial dos sistemas vivos.

Aplicando-se estas propriedades aos sistemas familiares, Wright & Leahey (2002) referem a possibilidade dos mecanismos de feedback, associados à circularidade, poderem ocorrer conjuntamente nos vários níveis, pela capacidade auto organizativa da família. Nesta perspectiva o comportamento de cada membro da família produz um efeito e é afectado pelo comportamento dos outros membros, determinando que "*os comportamentos dos membros da família são melhor compreendidos numa perspectiva de causalidade circular*" (Wright & Leahey, 2002:42).

Sendo substituído o conceito de regulação pelo da mudança (Relvas, 1999), os sistemas abertos não sendo sistemas em equilíbrio, mantêm assim um estado estável decorrente do equilíbrio dinâmico, em que a continuidade é possível através da mudança. A estabilidade e a mudança constituem-se como características essenciais dos mesmos, como a preservação e a transformação (Bertallanfy, 1977).

A família está permanentemente sujeita a pressões internas e externas que implicam variações e flutuações no seu equilíbrio, coexistindo a mudança e a estabilidade no sistema, implicando a transformação da posição dos membros da família para que o sistema mantenha a sua continuidade (Minuchin & Fishman, 1990; Wright & Leahey, 2002). Caracterizando-se pela mudança constante, *"[…] capaz de gerir o equilíbrio entre mudança e estabilidade"* (Wright & Leahey, 2002:41), a família não se encontra nem em

equilíbrio, nem em desequilíbrio, mas sim em organização (Auloos, 2003), ou seja, em mudança.

A esta estão inerentes alterações na estrutura familiar como contrapartida às perturbações, no sentido de manter a estabilidade da mesma. Estabilidade que não É antagónica à mudança, conforme já referido, permitindo que "*na mudança contínua ocorrem mudanças descontínuas que alteram a estrutura do sistema*" (Relvas, 2003:57).

Segundo Watzlawick, Beavin & Jackson (1967), partindo das premissas cibernéticas, as mudanças no sistema podem suceder em dois níveis diferentes: um primeiro nível, designado como mudança de 1ª ordem em que ocorre mudança nos elementos do sistema, mas este mantém-se inalterável estruturalmente; um segundo nível, ou mudança de 2ª ordem, que implica transformações ao nível da estrutura, nomeadamente nas regras do sistema. Ou seja, a estrutura pode ser alterada sem se alterar a organização, e esta alteração permite a continuidade na organização e a manutenção da identidade (Maturana & Varela, 2005).

Sobre as perturbações que originam a mudança, estas podem ser provenientes do ambiente ou das interacções resultantes da sua dinâmica interna, dependendo sempre da forma como os membros da família percepcionem essas mesmas perturbações e as consideram ou não um problema (Maturana & Varela, 2005; Wright & Leahey, 2002).

O contexto onde se integra a família, sobretudo os recursos oferecidos nos seus níveis meso e exo também influencia o processo de mudança, numa perspectiva facilitadora ou pelo contrário, constrangedora para a promoção de um funcionamento adequado.

O conceito de determinismo cultural de Maturana & Varela (2005), desenvolvido no âmbito da biologia da cognição, permite o entendimento de como a mudança é determinada pela estrutura. As alterações no sistema, produzidas pelas interacções com o ambiente, decorrem segundo a sua dinâmica interna, ou seja, de acordo com a sua estrutura. Sendo autopoiético, o sistema caracteriza-se pelo seu fechamento estrutural, relacionando-se com o ambiente de acordo com a sua estrutura, que "*integra as influências externas mas não está dependente delas*" (Relvas, 2003:25). Regendo-se pelo princípio de acoplamento estrutural, que permite o processo mútuo de mudança entre o sistema e o ambiente, advém a importância de compreender a mudança em contexto ou em relação e não como produto ou efeito do mesmo (Bateson, 1987).

Sendo o individuo simultaneamente sistema e sub-sistema no sistema familiar, com uma estrutura biopsicossocial e espiritual singular, produto da sua história genética (filogenia) e das interacções ao longo do tempo (ontogenia), compreendemos que "*a mudança não ocorre de maneira igual em todos os membros da família*" (Wright & Leahey, 2002:56), dependendo da recursividade do sistema. Aliás, a descrição anterior de Allmond,

Buckman & Golman (1979) sobre a analogia do mobile, ilustra a heterogeneidade das reacções que podem ocorrer em cada elemento, face às perturbações do equilíbrio.

Os conceitos desenvolvidos por Maturana & Varela (2005), nomeadamente a organização autopoiética, o determinismo estrutural, fechamento e acoplamento estrutural, permitiram o desenvolvimento do pensamento sistémico, assim como permitiram uma nova compreensão diante a complexidade do sistema familiar. A partir destes conceitos, foram oferecidos alguns pressupostos, apontados como as três leis sistémicas (Maturana, 2001, cit. por Vasconcellos, 2002: 248):

> *"1.Quando as relações entre o ser vivo e o ambiente começam a se conservar, essas relações começam a se modificar para se conservarem;*
>
> *2.O passado não é necessário para causar o que ocorre, não é determinante do que ocorre: ocorre o que a estrutura actual do sistema lhe permite;*
>
> *3. Tudo ocorre segundo a coerência estrutural do momento e os seres vivos vão se movendo na conservação do viver."*

Articulando e integrando os três conceitos referenciados, evidenciam-se o contexto e o tempo como factores determinantes na interacção, desencadeando mudanças estruturais no sistema. A estas mudanças subjazem alterações ao nível dos processos de comunicação e consequentemente obtém-se um estado diferente de funcionamento (Bateson, 1987).

A comunicação circunscreve-se a um espaço, tempo e contexto originando mudanças nos envolventes. É a partir dela que a família constrói e organiza a sua relação, qualificando e caracterizando o sistema familiar, traduzindo-se na configuração do relacionamento entre os elementos do sistema (Dias, 2001). Com efeito, se as relações entre os membros da família influenciam os comportamentos, crenças e sentimentos de cada um e estes, por sua vez, influenciam as relações que se estabelecem no sistema familiar, a comunicação constitui-se como um meio de regulação da relação e interacção.

Por sua vez, Alarcão (2002:66) alerta para a importância da identificação do padrão comunicacional, através da compreensão da estrutura dos processos de comunicação "*enquanto conjunto de regras implícitas e tacitamente respeitadas por todos os elementos do sistema; já que ela constitui a matriz de base dessas mesmas interacções*".

Efectivamente as manifestações observáveis da relação são veiculadas pela comunicação, que segundo Watzlawick, Beavin & Jackson (1967) reporta-se a qualquer comportamento (palavra, gesto, mímica, olhar) ocorrido numa conjuntura de interacção. Subdividindo a comunicação em três dimensões, sintaxe, semântica e pragmática, os mesmos autores dão ênfase aos processos relacionais emissor-receptor expressos no padrão comportamental.

Com efeito, se a sintaxe abrange as questões relacionadas com a transmissão da informação, a semântica com o significado da informação, o nível pragmático da comunicação reporta-se aos efeitos comportamentais da comunicação, englobando além da linguagem verbal a " *postura, gestos, expressão facial, inflexão de voz, sequência, ritmo e cedência das próprias palavras […], assim como as pistas comunicacionais infalivelmente presentes em qualquer contexto em que uma interação ocorra"* (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967:57).

Da pragmática da comunicação humana, desenvolvida essencialmente pela Escola de Palo Alto, emergem alguns pressupostos relatados por Watzlawick, Beavin & Jackson, (1967), os quais intitularam como os axiomas da comunicação humana.

O primeiro axioma reporta-se à impossibilidade de não comunicar, considerando que "*todo o comportamento numa situação interacional tem valor de mensagem*" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967:45). Os autores distinguem a mensagem da interacção, considerando a primeira como unidade comunicacional isolada, enquanto a segunda refere-se à troca de mensagens entre interlocutores.

É de acordo com este princípio que Wright & Leahey (2002) mencionam o comportamento não verbal como constituinte da linguagem e confirmam este pressuposto, no sentido de que todo o comportamento é comunicação, numa situação de interacção. Integram o contexto, pois o significado da mensagem, numa interacção, é percepcionado de acordo com o mesmo.

A comunicação não só transmite informação mas também impõe um comportamento, pois "*toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de comunicação tais que o segundo classifica o primeiro e é, portanto uma metacomunicação*" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967:50). Constituindo-se este pressuposto como o segundo axioma da comunicação humana, significa que a informação reporta-se ao conteúdo, enquanto o comportamento às relações entre os indivíduos em interacção, determinando a forma como a comunicação deve ser compreendida e definindo a sua natureza. A existência de dois níveis na comunicação, o do conteúdo e o da relação, implica a possibilidade de metacomunicar, através da "*comunicação sobre a comunicação*" (Alarcão, 2002:70), em qualquer destas dimensões comunicacionais.

O terceiro axioma refere-se à forma como cada um dos intervenientes na comunicação a analisam e opinam sobre a mesma (Alarcão, 2002). A divergência da pontuação da sequência de eventos decorre da suposição de que os intervenientes da comunicação obtêm a mesma informação.

Contudo, conforme Maturana & Varela (2005), a realidade produzida por cada indivíduo resulta da interacção com o mundo, consigo próprio e com os outros, através da linguagem.

A linguagem, verbal e não verbal, caracterizadora de qualquer comportamento, é inerente ao processo de comunicação e, determinante na forma como os indivíduos percepcionam a realidade e como a co-constroem, a partir do " *mundo que criamos juntamente com os outros*" (Maturana & Varela, 2005).

Considerando a circularidade do processo de comunicação, assim como a diversidade da pontuação da mesma, inerente à percepção da realidade de cada interveniente, este axioma é descrito da seguinte forma: "*A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes*" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967:54). Em síntese, o modo como a sequência de acontecimentos é percepcionada, decorre da forma como é pontuada a sequência de comportamentos (Barker, 2000), sendo esta pontuação uma dimensão elementar da interacção (Gameiro, 1994).

Compreende-se então que o quarto axioma seja referente aos canais de transmissão no contexto da comunicação: "*Os seres humanos comunicam digital e analogicamente. A linguagem digital é uma sintaxe lógica sumamente complexa e poderosa mas carente de adequada semântica no campo das relações, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não-ambígua da natureza das relações*" (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967:61).

A comunicação digital refere-se habitualmente à comunicação verbal, sujeita aos códigos semânticos e de sintaxe, apresentando maior objectividade. Por sua vez a comunicação analógica "*deixa mais espaço à interpretação pessoal e é menos precisa, embora seja muito rica do ponto de vista afectivo-emocional*" (Alarcão, 2002: 74). O conteúdo é habitualmente transmitido digitalmente, enquanto a relação enfatiza a comunicação analógica, habitualmente traduzido pela linguagem não verbal, complementando-se, e integrando-se.

A avaliação das permutas comunicacionais como simétricas ou complementares, conforme se baseiam na igualdade ou na diferença (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967:64) constitui-se como o quinto e último axioma, descrevendo os diferentes níveis de interacção. Estes dois níveis, designados como simetria e complementaridade permitem a identificação dos padrões de interacção familiar, considerando que a presença destes dois níveis de comunicação na família permitirá a funcionalidade da mesma (Wright & Leahey, 2002; Alarcão, 2002).

Se na interacção simétrica os indivíduos reflectem o comportamento um do outro, em situação de complementaridade, o comportamento de um complementa o do outro. Segundo Watzlawick, Beavin & Jackson (1967:63) a primeira caracteriza-se pela "*igualdade e minimização da diferença*", enquanto a segunda se baseia na "*maximalização da diferença*", traduzindo estatutos iguais ou diferentes, conforme,

respectivamente a permuta comunicacional seja simétrica ou complementar. Nesta situação, a diferença de posições no contexto comunicacional implica que um indivíduo se encontre numa posição superior ao outro, como se um iniciasse a acção e o outro a acompanhasse.

Os axiomas descritos, apresentados por Watzlawick, Beavin & Jackson (1967) na sua obra sobre a pragmática da comunicação humana têm por base a teoria ecossistémica da comunicação desenvolvida por Bateson (1951, 1972, cit. por Benoit, 2004), que forneceu as bases conceptuais da comunicação humana.

Os processos de comunicação são assim traduzidos pelas interacções cumulativas que definem cada família como um sistema único, com fins a concretizar, por cada um dos seus elementos e do sistema como um todo. Ou seja, a complexidade relacional é regulada pela comunicação, que permite, segundo Relvas (2003) a estruturação e reestruturação de normas e regras ao longo do tempo, no processo de mudança evolutiva da família.

Caracterizando-se pelo seu estado de permanente mudança que permite a continuidade do sistema, a família, sujeita a constantes perturbações internas e externas que advém das interacções entre os seus membros e/ou da constante interacção com o meio ambiente, utiliza meios no sentido de concretizar os seus objectivos no processo designado como adaptação, surgindo este conceito do principio do determinismo estrutural de Maturana & Varela (2005), descrito anteriormente.

Numa abordagem que poderemos considerar como ecossistémica e citando a teoria da acção humana de Parsons (1969), Dias (2001) define a adaptação familiar como as formas utilizadas pelo sistema para prosseguir as suas finalidades, que por sua vez dependem da estrutura económica, politica, normas e regras da interacção humana e os próprios processos de socialização.

Não só os recursos determinam a adaptação mas essencialmente a capacidade da família em mobilizá-los, considerando os seus diferentes níveis estruturais representados pelos recursos de cada um dos seus membros, das forças do sistema, enquanto unidade familiar e os recursos externos.

Os processos de adaptação a novas situações, sejam elas internas ou externas, a fim de assegurar a mudança e continuidade da família, serão, pois, sempre revestidos de mais ou menos stresss (Martins, 2002). Assim, na realidade co-construída a partir do contexto e do espaço relacional familiar, as perturbações que originam stresse podem ter várias procedências. Minuchin (1990) descreve três tipos de factores causadores de stresse na família: forças extra-familiares que afectam um ou todos os membros, como situações de desemprego ou guerra; transições associadas ao desenvolvimento do sistema familiar que decorrem das mudanças evolutivas dos seus membros ou alterações na composição

familiar e por ultimo problemas idiossincrásicos, relacionados com a disposição particular do sistema para reagir a factores de eventual perturbação.

Apesar das tensões produzidas na família, influenciarem a saúde dos seus membros, sejam quais forem as fontes de stresse, este não se constitui apenas como um ameaça mas também como "*criador de uma vida superior*" (Bertalanffy, 1977:255). Se considerarmos que estas tensões decorrentes de factores de perturbação, se traduzem em crises, concordamos com Ausloos (2007) no sentido em que às situações de crise estão associadas oportunidades de mudança, permitindo a evolução para um novo nível de funcionamento, mais diferenciado e complexo. Associada a uma mudança que se prevê como inevitável, a crise constitui-se, segundo Vasconcellos 2005:127) como "*ponto de bifurcação*".

Ou seja, neste contexto, a adaptação da família resulta dos esforços mobilizados, no sentido da co-construção de um novo nível de funcionamento, face à situação de crise familiar, suscitando, segundo Selye (1974) respostas adaptativas dos indivíduos, a que acrescentaríamos as forças do sistema familiar.

Se o ICN (2002b), na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão Beta 2, define crise, como algo intrínseco ao indivíduo, visando a adaptação às situações de stresse, a versão 1.0 desta classificação, engloba a descrição de crise familiar, no âmbito das interacções e padrões de relacionamento entre os membros da família: *" […] Facto repentino que desequilibra a estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz*" (ICN, 2006:77).

Verificamos que são enfatizadas as competências da família no reconhecimento da crise e da mobilização de estratégias para a sua superação, considerando que o objectivo primordial vai para além da gestão dos desafios, integrados como elementos impulsionadores de crescimento.

Sendo a transição caracterizada pela mudança de um estado para outro, é necessário que a família esteja capacitada para utilizar mecanismos ou recursos que lhe permitam resolver os desajustes, no sentido de se adaptar a um novo estado, face à situação de crise (Meleis, 2000).

De acordo com Ausloos (2007:3) as crenças e as representações constituem-se como os maiores obstáculos á resolução das crises, pois como refere o autor "*Dés que l`on pense n`a pás le choix, il n´est évidemment plus possible de choisir.*"

Para a resolução da crise, o mesmo autor enuncia várias estratégias: procurar a ocasião, no sentido em que os indivíduos são responsáveis pela representação que fazem da

crise e não pela crise em si; deixar passar o tempo para encontrar soluções mais apropriadas; aceitar o caos pois após a fase de instabilidade emergirá uma nova estrutura; aceitar as perdas associadas à mudança, pois nada será como era antes e ampliar as alternativas de resolução de problemas (Ausloss, 2007).

Actuando estas estratégias como mecanismos funcionais de promoção da mudança, face a perturbações originadoras de stresse e consequentemente de crises, podem ser ou não utilizados, dependendo não só da natureza dos factores de stresse, mas também da forma como estes constituem problema para a família. Com efeito, as experiências anteriores da família, a sua capacidade para utilizar os recursos internos e externos, a coesão, flexibilidade e adaptabilidade, além da qualidade do padrão comunicacional e a sua capacidade para desenvolver e manter uma rede social, funcionam como recursos, que segundo os autores (Duvall & Miller, 1985; Anaut, 2005), permitem resolver as crises com sucesso, sendo facilitadores dos processos de adaptação.

O padrão de resolução de problemas, correspondendo às estratégias habitualmente utilizadas pela família perante factores de stresse permite-lhe enfrentar as situações provenientes das contínuas interacções internas e externas (Hanson, 1996). Este padrão, resultante das interacções produzidas no contexto familiar, reflecte a tendência dos indivíduos em usarem uma determinada reacção face a situações de stresse (Carver & Scheier, 1994).

Podemos considerar as estratégias utilizadas pela família para lidar com as situações de stresse como estratégias de *coping*, que visam a adaptação através do processo de autoorganização. Se o *coping*, considerado por Lazurus & Folkman (1991) como o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as situações internas ou externas potenciadoras de stress, englobamos a manutenção do seu funcionamento, num contexto de complexidade subjacente à sua unicidade e diversidade.

McCubbin (1993:30), refere-se ao *coping* familiar como o conjunto de "*estratégias, padrões e comportamentos familiares concebidos para manter ou fortalecer a família como um todo, manter a estabilidade emocional e o bem – estar dos seus membros, obter ou usar os recursos da família e da comunidade para lidar com a situação e encetar esforços para resolver as necessidades da família criadas por um factor de tensão*". São pois estas estratégias que permitem a manutenção do funcionamento familiar, dando resposta aos factores de stresse, intra ou extra-familiar.

Ao sucesso perante as situações de adversidade, advém a resiliência familiar, associada às perspectivas positivas, que se expressam nas diversas dimensões familiares. Entendida como uma qualidade sistémica familiar (Hawley & DeHann, 1996), reporta-se aos "*processos de adaptação e coping na família, enquanto unidade funcional*" (Walsh, 1998:14).

A partir dos recursos adaptativos da família, já descritos anteriormente, Walsh (1998) evidencia o sistema de crenças, os padrões e organização familiar e os processos de comunicação, como processos fulcrais da resiliência familiar.

Desta forma, o foco da resiliência familiar centra-se em áreas fundamentais, que permitem o fortalecimento familiar, face a situações de crise, nomeadamente: atribuição de significado à adversidade; a esperança e optimismo; a espiritualidade, a flexibilidade, a coesão, a comunicação familiar, partilha do lazer, rotinas e rituais; redes de apoio e capacidade da família na sua manutenção (Walsh, 1996, 1998, 1999; Anaut, 2005; Black & Lobo, 2008).

Anaut (2005: 118, 119) descreve duas abordagens no âmbito da resiliência familiar, a primeira tem "*em conta o impacte relacional e estrutural da família no desenvolvimento de uma resiliência individual*", enquanto a segunda considera a "*família no seu todo*", emergindo tanto a relevância dos elementos, quanto a do todo familiar, enquanto unidade sistémica. Assim, a primeira incide no funcionamento familiar, nos padrões relacionais e na forma como estes favorecem a resiliência dos seus membros, tendo em conta o apoio familiar dado a cada um dos seus membros. A segunda abordagem, enfatizando o grupo familiar, enquanto resiliente, considera quer o seu nível de desenvolvimento, quer a reciprocidade entre os factores de risco e a percepção partilhada pela família, vista a partir das suas particularidades, recursos e padrões de funcionamento.

A estruturação da resiliência familiar, além dos factores respeitantes às relações entre o contexto e aos recursos, integra ainda uma perspectiva processual e de desenvolvimento. Efectivamente a família, como sistema aberto, organiza-se de acordo com as suas finalidades, num contexto a que subjaz uma história interaccional que implica *"elementos de crescimento, de crise e de criatividade, elementos característicos de uma auto-organização na evolução"* (Benoit, 2004:23).

Reportando-nos ao modelo ecológico de Bronfenbrenner (1996), é o cronossistema que representa estas mudanças, que ocorrem no tempo e no meio, associadas também ao seu desenvolvimento. Conforme realça Relvas (1996, 2003) estas mudanças permitem a evolução estrutural, interaccional e funcional do sistema familiar e que conferem ao cronossistema uma dimensão processual.

As famílias caminham através de transições, em que os novos contextos requerem mudança nos padrões familiares, que podem derivar de dois tipos de situações causadoras de perturbação: associadas ao ciclo vital da família, designadas por normativas (Hanson, 2005; Relvas, 2003; McCubbin & McCubbin, 1988), ou ecológicas (Bronfenbrenner, 1996) ou ainda situações não normativas, decorrentes de situações de stresse acidentais (Relvas, 2003; McCubbin & McCubbin, 1988). As primeiras decorrem das mudanças previsíveis associadas quer às transições individuais dos seus membros,

(Meleis, 1997) quer ao desenvolvimento da família, enquanto sistema (Hanson, 2005). As segundas sucedem-se a acontecimentos imprevisíveis, associados aos factores de stresse (Minuchin, 1990).

Em qualquer destas transições, a família pode responder adaptando-se e evoluindo, ou então manter os mesmos padrões, tentando manter-se em funcionamento. Pois concordamos que a família não é funcional ou disfuncional, mas sim em funcionamento e em evolução (Ausloos, 2003), um "*sistema que se move no tempo*" (Carter & McGoldrick, 1995:4), com um ciclo de vida próprio.

O padrão de regularidade nos processos desenvolvimentais, reporta-se, segundo Falicov (1988) aos eventos transaccionais que promovem o crescimento da família. Numa visão longitudinal da família, as teorias de desenvolvimento englobam os aspectos comuns e gerais deste processo desenvolvimental. Contudo, as famílias manifestam a sua individualidade pela forma particular como se desenvolvem ao longo do ciclo vital, que corresponde a mudanças de organização ajustadas a novos padrões de relacionamento interpessoal (Duvall & Miller, 1985; Agostinho &Rebelo, 1988).

Correspondendo a uma sequência de fases ou etapas, que se iniciam com a formação da família e prosseguem até que esta se dissolva, o ciclo vital reporta-se a mudanças da família, enquanto unidade, assim como a mudanças que ocorrem nos seus membros individualmente (Relvas, 1996). Correspondendo ao percurso evolutivo da família, as tarefas caracterizam as etapas do ciclo vital podendo prever-se a sequência de transformações na organização da família ao longo do seu desenvolvimento (Relvas, 1996; Carter & McGoldrick, 1995). Transformações que envolvem "*flutuação, períodos de crise e resolução num nível mais alto de complexidade*" (Minuchin & Fishman, 1990:36).

Implicando assim a reorganização do sistema, Duvall & Miller (1985) descrevem dois tipos de mudança características do desenvolvimento familiar: uma relativa às posições familiares e conteúdo dos papéis e outra referente aos padrões de interacção da família.

Correspondendo às responsabilidades crescentes que surgem num determinado estádio da vida da família, e cuja realização com sucesso origina satisfação e previsão de sucesso nas tarefas seguintes, não são, no entanto inflexíveis as fronteiras entre as várias etapas. Estas não terminam de forma súbita quando se inicia outra etapa, e muitas vezes as famílias realizam simultaneamente tarefas desenvolvimentais diferentes. Ou seja, o processo de transformação é feito num movimento espiral, sendo a interacção cumulativa, num processo de coevolução constante (Bateson, 1987).

Wright & Leahey (2002), consideram como conceitos básicos o estádio, o processo emocional de transição e as mudanças de segunda ordem que ocorrem na família e que são necessárias para o seu desenvolvimento. Estas mudanças correspondem às tarefas que a família concretiza, ao longo do tempo e num determinado contexto estrutural,

correspondendo ao eixo diacrónico e sincrónico, conforme designado por Relvas (1999). O primeiro integra as actividades quotidianas, enquanto o segundo engloba os aspectos relacionais que caracterizam a estrutura da família e os seus padrões de interacção.

A primeira classificação de estádios do ciclo vital foi apresentada nos anos cinquenta do séc. XX, por Duvall & Miller, definindo os seguintes critérios que permitem posicionar a família num estádio específico "(1*) plurality patterns, (2) age of the oldest child, (3) school placement of the oldest child, (4) functions and statuses of families before children come and after they leave."* (Duvall & Miller,1985: 26). Além de se referirem à evolução do primeiro filho, integram as questões dos padrões interaccionais que se estabelecem numa fase anterior ao nascimento dos filhos e se modificam ao longo do seu crescimento, com mudanças acentuadas após a partida dos mesmos.

Esta classificação aplica-se à família nuclear, desde a sua formação e evolução a partir do nascimento do primeiro filho. Apesar do nascimento de outros filhos originar processos de reestruturação para integrar o novo elemento, é com o primeiro que as transições são vivenciadas como marco de desenvolvimento, conforme os argumentos de diversos autores (Fantini, 2005; Duvall & Miller, 1985), sobre o impacto destes processos na organização familiar.

Inicialmente com quatro etapas definidas, Duvall & Miller (1985) aumentaram-nas depois, para oito: casal sem filhos (do casamento ao nascimento do 1º filho); família com filhos pequenos (do nascimento do 1º filho até á idade pré-escolar); família com filhos em idade escolar (da entrada na escola até á adolescência); família com adolescentes (da saída da escola ao inicio dos estudos superiores); família com filhos adultos jovens (os filhos saem de casa); família de meia-idade (entre a saída do ultimo filho e a reforma); família idosa (da reforma à viuvez, que corresponde à fase de envelhecimento dos membros da família). Para cada uma das etapas definem um conjunto de tarefas que devem ser cumpridas para que a unidade familiar tenha sucesso no seu desenvolvimento.

Outra forma de classificar em etapas o ciclo familiar é a proposta de McGoldrick & Carter (1982), que engloba a negociação de processos de expansão, contracção e realinhamento possibilitando o funcionamento da família face à entrada, saída e desenvolvimento dos seus membros. As seis etapas descritas pelas autoras integram as dimensões trigeracionais no desenvolvimento familiar, fundamentando-se na abordagem transgeracional de Bowen (1978). Reportando-se à classe média americana, integram as variações no ciclo de vida familiar referentes ao divórcio e "recasamento".

O ciclo de vida familiar, na família nuclear, inicia-se com o jovem adulto que se encontra pronto para formar uma nova família. A união da família pela formação de um novo casal, criando um sistema conjugal e readaptações relativamente às famílias de origem de ambos. A terceira etapa corresponde à família com filhos pequenos, implicando

alterações no sistema familiar, com a formação do sub-sistema parental. Segue-se a família com filhos adolescentes, evidenciando-se uma mudança progressiva nas relações entre os diversos sub-sistemas. Lançar os filhos e continuar, corresponde á fase em que partem as gerações mais novas e os pais propendem a ficar dependentes e a necessitar de auxílio. Por ultimo, a família na ultima parte da vida, em que a geração dos pais se transforma em avós (Carter & McGoldrick, 1995).

Referimos ainda as etapas enumeradas por Minuchin & Fishman (1990), organizadas de acordo com a presença e crescimento dos filhos e que tal como Duvall & Miller (1985) inicia-se a partir da formação do casal. A segunda etapa ocorre a partir do nascimento do primeiro filho, designada como família com crianças pequenas. Segue-se a família com filhos em idade escolar ou adolescentes e por último a família com filhos adultos.

Propondo um esquema semelhante a Minuchin & Fishman (1990), Relvas (1996) definiu cinco etapas para o ciclo de vida da família, desde a sua formação até à sua dissolução, integrando as tarefas desenvolvimentais inerentes a cada uma das transições que decorrem do processo evolutivo da família ao longo do seu desenvolvimento: formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Diferenciado, em termos evolutivos, a família com filhos em idade escolar da família com filhos adolescentes, a autora argumenta no sentido em que a qualidade e impacto da mudança são distintos nestas duas etapas, conforme a descrição apresentada a seguir.

Adoptando a classificação proposta por Relvas (1996), Alarcão (2000) alerta para os riscos inerentes à abordagem linear do ciclo vital. A maioria das etapas reporta-se ao desenvolvimento da família nuclear, havendo uma transformação da duração das mesmas em virtude das alterações sociodemográficas, implicando novas transições que requerem maior complexidade. Da mesma forma, na avaliação do ciclo vital da família, apesar das etapas serem descritas linearmente, estas podem sobrepor-se, originando diferentes níveis de desenvolvimento.

Além de que a mudança de uma etapa para a seguinte não implica que as tarefas específicas de cada uma sejam finalizadas no momento processual de transição. Centrando-se na evolução temporal das interacções, numa perspectiva de continuidade, o conhecimento das etapas do ciclo vital da família permite, segundo Alarcão (2000:113) *"dar-nos uma visão das suas características, potencialidades e vicissitudes que, enquanto mero referencial, se torna útil na análise de uma qualquer família*".

Na formação do casal é necessário o desenvolvimento satisfatório do processo de acomodação das rotinas quotidianas, como as tarefas domésticas a realizar por cada um, (Minuchin, 1990; Cerveny & Berthoud, 1997), assim como o planeamento do número de

filhos e as questões de preparação para a gravidez e parentalidade (Duvall & Miller, 1985).

O incremento de formas de relacionamento adequadas e negociação de estratégias de gestão dos conflitos, facilitará o processo em que "*cada um, deverá tornar-se uma parte*" (Minuchin & Fishman, 1990:33), desenvolvendo um sentimento de pertença à nova família e simultaneamente ser capaz de manter o vínculo à família de origem (Relvas, 1996; Alarcão, 2000). Para a concretização deste objectivo, é necessária a redifinição dos limites com a família de origem, no sentido de promover a autonomia do casal.

A gestão da convivência com os amigos em comum e os amigos de cada um dos membros do casal, constituem-se como pontos de negociação entre o casal. Em síntese, e de acordo com Relvas (1999:66) "*com uma gestão flexível e adequada da comunicação, os elementos do casal poderão definir com alguma clareza o espaço de cada um no território comum, bem como o espaço do próprio casal face aos sistemas que o rodeiam*".

Na transição para a etapa seguinte, salientamos o processo de adaptação à gravidez, por parte do casal, sendo descritas por Jongenelen e Soares (1999) seis etapas específicas que deverão ser superadas para que a gravidez seja vivida de forma positiva.

A primeira – *aceitar a gravidez* – refere-se à necessidade de reconhecer a gravidez e admitir a sua realidade, aceitando assim, as mudanças que esta implica. De seguida, é necessário *aceitar a realidade do feto*, considerando-o como entidade física e psicológica distinta. A autonomia do feto começa a ser percebida, tornando-se mais realista a representação do bebé. *Reavaliar a relação com os seus pais* é a tarefa seguinte, pelo que é necessário reavaliar e recapitular a relação passada e presente com os mesmos. Impõe-se também a *reavaliação do relacionamento entre o casal*, já que é necessário debater questões relativas ao futuro papel parental e às decisões relacionadas com a criança.

Outro desafio é *aceitar o bebé como pessoa separada*, encarando-o como indivíduo com necessidades próprias. Por último, torna-se necessário *integrar a identidade parental*, "*integrando este novo papel como parte positiva de si próprio, em termos da sua identidade individual*" (Jongenelen & Soares, 1999: 65).

A transição para a parentalidade integra assim, a mudança de identidades pessoais e a transformação do relacionamento do casal, que se altera em unidade familiar (Bobak, Lowdermilk & Deitra, 1999; Mendes, 2002; Relvas, 1996). Alguns factores considerados como facilitadores da mudança são o conhecimento do casal sobre as etapas descritas anteriormente, a partilha e cumplicidade das representações cognitivas entre o casal e a relação com a família origem (Mendes, 2002).

Se a gravidez representa habitualmente um momento privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis, visto o casal encontrar-se receptivo a manter ou alterar os seus padrões de vida (Fantini, 2005), pode levar a um afastamento marital pela centralização excessiva da mulher em relação à gravidez (Gameiro, 1994). Por isso a necessidade da manutenção de uma padrão de comunicação eficaz, em que os sentimentos possam ser claramente expressos pelos membros do casal.

Com o nascimento do primeiro filho é fundamental ajustar a unidade familiar a este novo membro, devendo as funções dos elementos do casal diferenciarem-se, de forma a satisfazerem as necessidades da criança, implicando uma mudança nos padrões transacionais do casal. A nova configuração familiar implica a redistribuição dos papéis entre os cônjuges e o seu envolvimento nas tarefas parentais (Lopes & Fernandes, 2005), possibilitando a aquisição da identidade parental e a subsequente confiança e competência no desempenho do papel.

Predominam as funções de nutrição, assim como as de socialização e controle que facultam o desenvolvimento da autonomia da criança, concomitantemente aos sentimentos de pertença e protecção (Duvall & Miller, 1985; Minuchin, 1990; Minuchin & Fishman, 1990). O investimento familiar centra-se, nesta fase, na parentalidade, caracterizada pela multidimensionalidade dos factores biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos, económicos e culturais (Benoit, Malarewicz, Baujean, Colas & Kannas, 1988), e da interacção entre as expectativas sócio-culturais a relação com as famílias de origem e a própria interacção com a criança (Relvas, 1996; Alarcão, 2002).

O aumento dos custos financeiros acarreta novas negociações entre o casal e uma reestruturação da gestão financeira (Carter & McGoldrick, 1995). Ainda a redefinição dos limites com a família ampla, que podem funcionar como recurso de apoio á família (Minuchin, 1990; Cerveny & Berthoud, 1997; Relvas, 1996; Alarcão, 2002), e também a ampliação dos seus relacionamentos com outros sub-sistemas como jardins-de-infância, hospitais, centros de saúde e outros serviços comunitários.

Com a entrada da criança na escola, quer o sistema familiar, quer o ambiente escolar organizam-se como espaços favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis (Fantini, 2005). Nesta fase a família terá que desenvolver novos padrões de interacção, reorganizando-se de forma a definir quem ajuda a criança nas tarefas escolares, horas para dormir, tempo para estudar e participação nas actividades escolares, incluindo os aspectos relacionados com os períodos de avaliação (Minuchin & Fishman, 1990). Envolve " *a necessidade de reajustes em termos económicos e laborais por parte dos pais, o que também pode constituir uma fonte de stress para a família*" (Relvas, 1996: 117). A esta fase estão associadas mudanças significativas que subjazem ao aumento da autonomia da criança, que implica a diversificação dos padrões interaccionais e a

possibilidade de comparação com outros modelos relacionais. Além das tarefas no âmbito da conjugalidade, complexifica-se o exercício da parentalidade, tendo a família, como unidade, de reajustar o seu funcionamento.

Na família com filhos adolescentes, o desenvolvimento da autonomia do filho torna-se uma tarefa prioritária, pois os filhos devem aumentar o seu poder nas tomadas de decisões da família, apesar de sempre limitada (Barker, 2000).

A participação do adolescente na vida extra familiar, alterando a relação com os pais, pela diminuição da posição de dependência hierárquica (Relvas, 1996; Alarcão, 2002). Afasta-se do sub-sistema fraternal e do parental sendo dado um grande valor ao grupo de pares, na construção de valores e identificação, devendo, no entanto, manter-se o sub-sistema parental como suporte relacional e afectivo (Minuchin, 1990).

Outra das mudanças relaciona-se com o reinvestimento dos pais na vida conjugal e profissional (Duvall & Miller, 1985) que, por sua vez, promovendo autonomização do adolescente, possibilita simultaneamente a renegociação do sistema conjugal como díade (Carter & McGoldrick, 1995). Muitas vezes também a gestão do luto face á morte de um dos pais dos membros do casal (Minuchin & Fishman, 1990), ou a situação de doença e/ou dependência.

Contudo é na última etapa que mais se evidencia, o que Relvas (1996) caracteriza como o intercruzar de gerações, ao que designa como etapa acordeão. Entram novos membros (noras, genros e netos) e simultaneamente as gerações mais idosas que podem entrar e voltar a sair, por situações temporárias de doença. Preparando-se para ser a família de origem, situa-se numa posição intermédia, em que além das questões multigeracionais, tem que facilitar a saída dos filhos de casa, renegociar a relação do casal e ainda aprender a lidar com o envelhecimento.

A saída dos filhos de casa requer a reorganização sobre a relação entre pais e filhos adultos, devendo já ser iniciada a sua preparação na etapa anterior. Apesar de Duvall & Miller (1985) caracterizarem esta etapa como “ninho vazio” verifica-se que este é um período que requer grande complexidade interaccional (Minuchin & Fishman, 1990), centrando-se na redifinição relacional (Relvas, 1996; Alarcão, 2002).

Reportando-nos assim às etapas descritas por Relvas (1996) e considerando as tarefas subjacentes a estes períodos de transição, enumeradas por diversos autores (Minuchin & Fishman, 1990; Duvall & Miller, 1985; Carter & McGoldrick, 1995; Wright & Leahey, 1994, 2002, 2005; Haley, 1973, cit. por. Barker, 2000; Cerveny & Berthoud, 1997), constatamos que as mudanças funcionais, estruturais e interaccionais que decorrem do desenvolvimento familiar, incidem nas questões da conjugalidade, parentalidade e nas interacções com a família de origem e os sistemas amplos.

Com efeito a conjugalidade permite a validação da identidade, legitimada na descoberta do outro e concretizada pela função mútua de ajuda relacional (Giddens, 1993; Singly, 2000). O espaço conjugal configura-se como o mais apropriado para que cada individuo preencha as suas necessidades de afecto, de lealdade e intimidade emocional e sexual (Garcia, 2006) e simultaneamente um recurso face às exigências externas (Perlin & Diniz, 2005; Minuchin, 1990).

O relacionamento conjugal está associado à saúde e qualidade de vida, com implicações na vida profissional dos indivíduos (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschimidt & Sharlin, 2004). Para Barker (2000), a questão principal é a satisfação da relação, em que ambos se cuidam, se confirmam e se apoiam mutuamente, integrando elementos de romantismo e intimidade, e de mecanismos eficazes de reconhecer e resolver conflitos.

O conceito de satisfação conjugal surge associado à percepção do indivíduo face ao equilíbrio entre as expectativas e a realidade experienciada, integrando sentimentos de bem-estar e intimidade (Olson, 1986; Olson & Stewart, 1991; Relvas & Alarcão, 2002; Dela Coleta, 1989).

A intimidade é pois um dos elementos essenciais da satisfação conjugal (Narciso & Costa, 2002), caracterizada pela sua muldimensionalidade e complexidade intra e interpessoal, que determina as características e propriedades das relações (Costa, 2005). Neste contexto de co-construção de um espaço relacional íntimo, a satisfação aumenta com o estabelecimento de padrão comunicacional eficaz (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschimidt & Sharlin, 2004; Figueiredo, 2005), que promove a inteligência emocional do casal, traduzida pela empatia, compreensão e diálogo (Gotman & Silver, 2000; Gameiro, 2007).

Para uma relação conjugal satisfatória, segundo Figueiredo (2005), tanto as mulheres como os homens demonstram valorizar significativamente a relação sexual. As transformações sociais, que implicaram novas formas de interacções conjugais pressupõem, conforme Perel (2008:9) que as pessoas "*são incitadas a procurar a sua realização pessoal e a sua satisfação sexual, e ao romper com os constrangimentos de uma vida social e familiar até aqui definida em termos de deveres e obrigações*". Assim, se no inicio da vida em comum há uma frequência elevada da actividade sexual, quando a conjugalidade se estabiliza há uma diminuição do ritmo das relações, em que a actividade sexual se torna um ritual habitual e consolidado, podendo, no entanto, manter-se satisfatória a relação (Bonzon, 2003).

Ao longo do ciclo vital da família a conjugalidade vai-se então transformando-se, assim como o nível de satisfação (Rollins & Cannon, 1974), verificando-se alguma concordância na identificação de um padrão: relativamente alta entre casais recentes, sofre depois um declínio coincidente habitualmente com o crescimento e adolescência dos filhos, voltando

a experimentar aumento após a meia-idade, relacionado com a saída dos filhos de casa (Olson, 1991; Relvas, 1996; Hanson, 2005; Gameiro, 2007).

Na primeira fase existe uma relação fusional, com o nascimento do primeiro filho altera-se a forma como vêem a conjugalidade. Com a nova função da parentalidade, a disponibilidade diminui e aumentam os factores de stresse. Estes factores, associados á rotina implicam, muitas vezes um afastamento emocional. Ainda durante a adolescência, com a autonomia do adolescente, os pais aumentam a sua necessidade conjugal e o reencontro ou a confirmação do afastamento pode dar-se (Gameiro, 1994).

Os percursos relacionais inerentes ao ciclo vital do casal, que caracterizam " *as linhas de força dos principais movimentos definidos no tempo do casal*" (Relvas, 1996:70), são eles próprios influenciados pelos factores de resiliência conjugal enumerados. Ainda outras variáveis a integrar na prossecução de uma conjugalidade satisfatória são o nível socioeconómico, nível de escolaridade, experiência sexual anterior (Sceinkman, & Fishbane, 2004; Olson, 2000); a satisfação com a divisão das tarefas domésticas e parentais (Ward, 1993 cit. por Hanson, 2005) e o tempo disponível para uma interacção satisfatória por parte do casal (Zuo, 1992 cit. por Hanson, 2005).

Os casais que percepcionam satisfação conjugal parecem ser mais funcionais, expressarem mais afecto e menor hostilidade (Relvas & Alarcão, 2002), além de maior coesão e flexibilidade (Minuchin, 1990; Olson, 1988). Actualmente apesar de a conjugalidade permanecer central no projecto de vida dos indivíduos, as transformações ocorridas implicaram percursos mais complexos relacionados com a satisfação conjugal no âmbito da construção das rotinas diárias e com as suas implicações na gestão da parentalidade (Wall, 2005).

A parentalidade integra acções e interacções por parte dos pais que envolvem o desenvolvimento da criança e a aquisição da identidade parental. Estas acções incluem tanto os cuidados físicos como os afectivos, que na sua globalidade constituem os comportamentos parentais (Bowlby, 1977, 1990). Sendo as funções parentais caracterizadas pelo conjunto de elementos biológicos, psicológicos, jurídicos, éticos, económico e cultural que torna um indivíduo mãe ou pai (Benoit, Malarewicz, Baujean, Colas & Kannas, 1988) ao exercício da parentalidade está associada a continuidade entre gerações e simultaneamente a descontinuidade e a transformação. É transmitir heranças, mas é igualmente, num contexto de intimidade, aceitar a individualidade e a diversidade.

Os pais procuram promover a aquisição, por parte dos filhos, de valores familiares (Bem & Wagner, 2006), consideradas neste contexto da parentalidade como metas educativas associadas essencialmente à socialização, no âmbito da sociabilidade, autogestão, evitamento de riscos e conformidade (Ceballos & Rodrigo, 1998).

Nas famílias nucleares ou em outras onde co-exista a conjugalidade e parentalidade, a gestão das funções parentais, ao longo do ciclo vital, tem vindo a modificar-se perante todas as transformações sociais que conferiram à mulher uma posição social mais igualitária.

Existem assimetrias na forma como as famílias vivenciam a conjugalidade e parentalidade, co-existindo modelos familiares diferentes, que, segundo Wagner, Predebon, Mosmann & Verza, (2005) advém dos aspectos históricos que têm influenciado a organização familiar ao longo do tempo. Observa-se um número crescente de homens que compartilham ou assumem as tarefas educativas (Wagner, Predebon, Mosmann & Verza, 2005), apesar das representações ainda estarem associadas aos modelos tradicionais de parentalidade (Trindade, Andrade & Souza, 1997) e às crenças sobre papel de género (Figueiredo, 2003). Efectivamente, de acordo com Wall (2005:357) "*a participação do homem é muito menor do que se poderia esperar em função das normas actuais de reciprocidade e igualdade do casal*", evidenciando-se a diversidade e multiplicidade de modelos parentais.

De acordo com Barker (2000), as transacções ou a rede de relações entre pais e filhos, determinam, em grande medida, a forma como estes se desenvolvem. Neste sentido Josephson, Bernet & Bukstein (2007), enunciam alguns aspectos fulcrais para a compreensão dos estilos parentais: resposta às necessidades de desenvolvimento da criança; a imposição de limites e auto controlo; estimulação da socialização e sucesso académico; estratégias de facilitação da independência e individualização; coordenação dos esforços para a regulação do desenvolvimento.

Em conformidade, Rogers (1985) evidencia a importância da aceitação positiva e incondicional dos filhos, a partir de um padrão de interacção caracterizado pela empatia. Salvaguarda a a coerência e congruência como indicadores fundamentais, para a manutenção de um padrão de comunicação ajustado à relação pais e filhos.

A parentalidade, expressa na função maternal e função paternal "*dá conta da interdependência entre estrutura, função e evolução da família, elas próprias em interacção constante com as suas finalidades e com o meio*." (Relvas, 1996: 86), sendo, por isso, essencial conhecer o contexto de cada família e a forma como esta se interliga com os sistemas amplos e mobiliza a sua rede social.

Nos processos transformativos inerentes ao desenvolvimento familiar, como já referido anteriormente, interferem as interacções da família com os sistemas amplos, traduzindo-se, na maior parte das situações, pela qualidade da sua rede social.

Sluzki (2003) refere-se aos mecanismos de circularidade entre a rede social e a saúde, designando-os como *círculos viciosos*, traduzindo-se pela relação entre a rede social pobre e a deterioração da saúde versus a relação entre a rede social sólida e o reforço da

saúde. Para o autor a rede social engloba todos os vínculos interpessoais dos membros da família, numa abordagem ecossistémica, centrada essencialmente no nível microssistémico. Baseada neste conceito Santos (1999:22), define rede social como "*o grupo de pessoas membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas susceptíveis de trazer ao indivíduo ou á família uma ajuda; apoios esses que são ao mesmo tempo reais e duráveis*".

De acordo com Sluzki (2003) o conceito de rede social, desenvolveu-se a partir de Kurt Lewin (1952) com a teoria do campo, depois Jacob Moreno (1951) com o sociograma e o mapa de rede de relações. Posteriormente Jonh Barnes (1954), que evidenciou a importância dos vínculos extra-familiares, e ainda Elisabeth Bott (1957) que desenvolveu diversos estudos sobre relações externas das famílias urbanas, como a composição da rede, a sua estrutura e conteúdo das interacções que a caracterizam.

A partir destes desenvolvimentos Sluzki (2003:41) define a rede social pessoal como a "*Soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anónima da sociedade*", e integra como componentes caracterizadores da rede social as características estruturais, as funções e os atributos dos vínculos.

Sobre as características estruturais, na definição das suas propriedades, evidencia os seguintes aspectos: tamanho da rede, considerando que as redes médias são mais efectivas que as redes pequenas ou demasiado numerosas; densidade, que se reporta à ligação entre os membros da rede; composição que integra a distribuição dos membros da rede por áreas associadas à família, relações de amizade, de trabalho, comunitárias e ainda com os sistemas de saúde e outros agentes sociais; dispersão, que possibilita a compreensão sobre a facilidade de acesso à rede, assim como a eficácia de resposta às situações de crise; homogeneidade/heterogeneidade, e ainda os atributos dos vínculos que se referem à intensidade, compromisso, durabilidade e história em comum.

As funções da rede incorporam os "*tipos predominantes de intercâmbio interpessoal entre os membros da rede"* (Sluzki, 2003:47), que podem ser classificadas da seguinte forma: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços; acesso a novos contactos. Por ultimo, relativamente aos atributos dos vínculos, o autor enfatiza a possibilidade da multimensionalidade face às funções que caracterizam cada vínculo, assim como a simetria e intensidade do mesmo, associada ou não à frequência dos contactos.

Verificamos que em Portugal as redes sociais de apoio familiar se centram essencialmente na rede de parentesco, existindo, no entanto, muitas famílias sem qualquer apoio (Vasconcellos, 2005). O isolamento da família e a diversidade social da

vida familiar são características da sociedade portuguesa actual, o que leva o mesmo autor a concluir que a entreajuda familiar não é algo generalizada.

Em síntese, o ciclo de vida familiar envolve transições naturais, que implicam stresse, sobretudo nos momentos de transição de cada etapa (Carter & Goldrick, 1995), implicando a mobilização de estratégias de *coping* para a reorganização familiar, mantendo o sistema em funcionamento, num processo tranformativo contínuo.

O percurso efectuado, centrado nas teorias e paradigmas que sustentam o pensamento sistémico, levam-nos a concordar com Silva (2007), no sentido em que facilitam a compreensão da família como uma unidade de interacção entre os sub-sistemas que a integram e suas redes de relações mais amplas. Constituindo-se estes como um alicerce teórico-epistemológico na enfermagem de família, são contudo, segundo Hanson (2005) as teorias da terapia familiar que mais contribuíram para o desenvolvimento das práticas terapêuticas, no âmbito dos cuidados de enfermagem às famílias.

Adoptando o conceito de saúde familiar proposto por Silva, Gonçalves & Costa, (2007), que enfiza a interacção entre o desenvolvimento humano e o ambiente no ecossistema, baseando-se na compreensão de como o todo e as partes se influenciam no processo saúde-doença a nível bio-psico-cultural-ecológico e espiritual, consideramos que a epistemologia, o corpo teórico e as abordagem terapêuticas da terapia familiar inseridas num contexto de "circularidade pragmática" (Relvas, 1999:21) em muito têm contribuído para a construção do conhecimento específico em enfermagem de família.

A terapia familiar surgiu na segunda metade do séc. XX (Barker, 2000; Jones, 2004; Relvas, 1999, 2003; Sampaio & Gameiro, 2002; Andolfi, 1981; Bénoit, 2004 ; Gameiro, 1994) direccionada a famílias e indivíduos com problemas. Despontou a partir da insatisfação dos terapeutas nas suas práticas dirigidas a adultos com problemas mentais (Jones, 2004), das necessidades sociais que emergiram dos centros comunitários (Sampaio & Gameiro, 2002) e do simultâneo desenvolvimento das teorias ecossistémicas que possibilitaram a sua consolidação. Pois como afirma Relvas (2003) o termo terapia familiar engloba pressupostos teórico-epistemológicos que superam a abordagem terapêutica.

Assim, nos anos cinquenta do séc. XX, a partir de "*um contexto de mudança de paradigma, do pensamento analítico ao pensamento sistémico, inerente à complexidade*" (Relvas, 1999:15), juntamente com o desenvolvimento da TGS, Cibernética e Teorias da Informação, foi possível o desenvolvimento de pesquisas direccionadas a pessoas com esquizofrenia e respectivas famílias. Salientam-se nesta altura os trabalhos de Bateson (1987), relacionados com o conceito de co-evolução dos indivíduos, a importância do contexto e da teoria ecossistémica da comunicação. A este juntou-se posteriormente Haley, Weakland e Don Jackson (Barker, 2000; Sampaio & Gameiro, 2002), tendo sido

fundado o *Mental Research Institute* (MRI), em 1959, designado como "*O grupo de Palo Alto*", considerado como precursor do desenvolvimento conceptual da terapia familiar (Sampaio & Gameiro, 2002).

Ainda nesta década destacam-se Whitaker, Boszormeny-Nagy e Murray Bowen (Sampaio & Gameiro, 2002) que desenvolveram uma abordagem centrada nos aspectos multigeracionais da família. Designada a década de cinquenta como *os anos da descoberta,* prosseguimos para a década seguinte, narrada como *os anos da luta pela aceitação (*Relvas, 1999).

Nos anos sessenta, apesar de desfeito o grupo de Bateson, continuaram os trabalhos no MRI no âmbito da comunicação humana, surgindo os conceitos de redundância comunicacional. Bowen desenvolve a sua teoria de sistemas, que representa "*uma teoria explicativa do funcionamento dos sistemas familiares*" (Relvas, 1999:19), incidindo nas questões da triangulação e no conceito da massa de ego indeferenciado. Em Milão, Palazzoli fundou, em 1967, o Instituto para o Estudo da Família, juntando-se Cecchin, Prata e Boscolo. Com as influências do grupo de Palo Alto, ampliaram os estudos para o desenvolvimento das técnicas de entrevista circular e o questionamento triadico (Barker, 2000; Jones, 2004), assim como o desenvolvimento do conceito de conotação positiva (Relvas, 1999). Minuchin inicia a Escola Estrutural, interessado pela organização hierárquica nos sub-sistemas, fronteiras entre estes e os sistemas amplos, considerando que os problemas familiares estão habitualmente relacionados com questões estruturais.

Os anos setenta, correspondendo à fase de *implementação da terapia familiar* (Relvas, 1999) os terapeutas começaram a pôr mais ênfase nas famílias e menos na questão da esquizofrenia, sendo os sintomas percepcionados como comportamentos comunicacionais com uma função específica no contexto (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967).

Nos anos oitenta assistiu-se, segundo Barker (2000:19) a "*uma convergência entre as diferentes escolas de terapia familiar*", definindo-se um território comum. Surgiram as abordagens narrativas e o interesse pela terapia breve focalizada nas soluções. Aumentaram as publicações no âmbito da terapia familiar, sendo referido por Barker (2000) a 1ª edição do livro Enfermeiras e Famílias (Wright & Leahey, 1984), que além de apresentar um modelo de avaliação e intervenção de cuidados de enfermagem à família, engloba orientações específicas de abordagem terapêutica.

Nos anos noventa surge a questão dos segredos da família, por Imber-Black (1994). Torna-se indistinta a fronteira entre as diversas escolas, sendo mais eclética as abordagens terapêuticas (Barker, 2000). Segundo Relvas (1999) esta década funcionou como uma *fase de recriação*, pela renovação epistemológica e o enquadramento de novas estruturas conceptuais.

Os conceitos teóricos de base que maior contributo deram para a cimentação epistemológica, teórica e terapêutica da terapia familiar foram consensualmente a TGS, a Cibernética e as Teorias da Comunicação Humana (Barker, 2000; Jones, 2004; Relvas, 1999, 2003; Gameiro, 1994; Sampaio & Gameiro, 2002, Andolfi, 1981; Bénoit, 2004, Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1993; Haley, 1974; Osório & Valle, 2009; Minuchin & Nichols, 1995; Carneiro, 1983; Hoffman, 2003).

Para Gameiro (1994) foi efectivamente da TGS que emergiram os conceitos fundamentais da terapia familiar, aplicando-se "*tanto à compreensão da família como ao próprio processo terapêutico*" (Relvas, 1999:16). Da Cibernética surgiram os conceitos que permitiram entender o funcionamento evolutivo da família, enquanto "*vertente pragmática ecossistémica, vai buscar a grelha de análise para a compreensão e intervenção sobre o que se passa na família em termos de interacção*" (Relvas, 1999:16), possibilitando a atribuição de significado contextual à componente relacional. Além destas teorias que permitiram o crescimento e implementação da terapia familiar, salientamos as teorias psicanalíticas (Sampaio & Gameiro, 2002), teorias psicodinâmicas e teorias da aprendizagem (Barker, 2000).

Relvas (1999, 2003) faz uma descrição das escolas clássicas da terapia familiar, onde integra a terapia dos sistemas familiares de Bowen; a terapia familiar estratégica, com inclusão da Escola de Palo Alto e Escola de Milão e, por último, a terapia estrutural. Na apresentação dos modelos de terapia familiar, a autora, partindo da classificação de Madanes & Haley (1977, cit. por Relvas, 1999), apresenta para além do modelo psicodinâmico, comportamental e experiencial (integrado por Barker nas terapias sistémicas), o modelo comunicacional que congrega as abordagens estratégica e estrutural e o modelo extensivo que subdivide em transgeracional e rede/terapia familiar múltipla.

Julgamos que as diferentes classificações se devem essencialmente aos critérios utilizados pelos autores, pois na base das diferentes denominações encontram-se os mesmos referenciais teóricos-epistemológicos, que nos permitem compreender o contexto terapêutico das diferentes abordagens. Consideramos pertinente a descrição sintetizada das principais abordagens que se integram nos pressupostos do pensamento sistémico, pelo facto de muitas das intervenções específicas de enfermagem de família terem por base os processos terapêuticos que emergiram da terapia familiar.

A abordagem estrutural desenvolvida na segunda metade do séc. XX, por Salvador Minuchin, centra-se na mudança da organização familiar com a consequente alteração das posições dos membros no grupo familiar (Minuchin, 1990). Baseia-se no pressuposto que os membros da família se relacionam com ajustes que determinam as suas transacções e que no seu conjunto estas formam a estrutura familiar.

Na abordagem estratégica, a estrutura também é indispensável para a resolução do problema (Relvas, 1999), partindo do pressuposto que numa determinada fase evolutiva da família, esta adquiriu padrões disfuncionais de interacção.

Os novos desenvolvimentos em terapia familiar integram, segundo Relvas (2003) o modelo narrativo de White (White & Epston, 1990), a terapia centrada na solução de De Shazer (1995) e os modelos integrativos de Nichols & Schwartz (1998).

A evolução epistemológica, teórica e terapêutica da terapia familiar permitiu a compreensão do processo de desenvolvimento da família e o entendimento dos seus problemas à luz deste mesmo processo (Andolfi & Haber, 1998). Centrando-se nas interacções actuais entre o sistema familiar e entre este e os outros sistemas, integra ainda os factores multigeracionais da família alargada (Barker, 2000).

Alguns autores (Hoffman, 1990; Gameiro, 1994; Relvas 2003), classificam a terapia familiar em terapias de primeira ordem e terapias de segunda ordem. Nas de primeira ordem, integram a terapia estrutural e terapia estratégica, salientando a predominância instrumental da intervenção e o facto da história e evolução do sistema familiar não ser realçado. Ainda a posição de poder assumida pelo terapeuta. Centradas no "*determinismo sistémico*" (Gameiro, 1994), baseiam-se exclusivamente na cibernética interaccional, e nos conceitos de sistema aberto e sistema fechado.

As terapias de segunda ordem integraram os principais conceitos desenvolvidos pela cibernética de segunda ordem, que inteiram as teorias de Maturana & Varela (1997), os conceitos ecossistémicos desenvolvidos por Bateson (1987) e o conceito de sistemas afastados do equilíbrio, desenvolvido por Prigogine (1968). Ainda a integração da perspectiva construtivista que segundo Relvas (2003) se integra nas teorias de Bateson, e no construccionismo social desenvolvido por Hoffman (1990). Os objectivos são então direccionados para a mudança do contexto em detrimento de mudanças comportamentais ou estruturais, integrando a sua dimensão histórico-temporal.

Sobre as mudanças decorrentes das transições que permitiram a evolução das terapias de primeira ordem para as de segunda ordem, Relvas (2003:60) sintetiza-as da seguinte forma: "*Resolver vs situar. instruir vs. Conversar. (…) actuar vs reflectir. (…) Localizar vs. Globalizar. (…) Planear vs Potenciar*. " Com efeito, além dos conceitos relativos aos processos homeostáticos que promovem a mudança, emergiram concepções sobre os processos evolutivos, ultrapassando-se a noção de famílias resistentes para dar lugar ao conceito de coerência estrutural e organizativa (Barker, 2000).

O terapeuta assume-se como observador-participante, resultando um processo co-evolutivo (Relvas, 1999), em que este visto como catalizador da mudança, *" no es más alguien que describe al sistema tal cual es desde afuera, sino alguien que co-construye al sistema del que él también participante*" (Packman, 1996:26). Para além do vertente

teórica e epistemológica que cimenta a terapia familiar, tentamos descrever as diferentes abordagens terapêuticas que emergiram num percurso interdependente e globalizante, concordando com Relvas (2003:63) quando se refere à conjugação de "*visões múltiplas e da complexificação*", como argumento de aceitação face à utilização de qualquer dos modelos de primeira ordem.

Da mesma forma que as abordagens desenvolvidas no âmbito da terapia familiar, que, no seu conjunto, contribuíram para a consolidação da enfermagem de família, enquanto campo disciplinar, também algumas teorias e marcos conceptuais de enfermagem têm contribuído para o expansão das práticas dirigidas ao contexto familiar e simultaneamente na sua afirmação conceptual (Elsen, Coleta & Gisele, 1994). Contudo, comparativamente com a terapia familiar, segundo Hanson (2005), o seu contributo foi de menor relevo, devido à sua visão biomédica e discurso hegemónico centrado no indivíduo.

Neste contexto inserem-se sobretudo as teorias de Imogine King, Callista Roy, Newman, Dorothea Orem, Martha Rogers e Betty Neuman, consideradas pelos autores como mais relevantes no desenvolvimento da enfermagem de família (Wright & Leahey, 1994; 2002; 2005; Hanson & Boyd, 1996; Hanson & Kaakinen, 1999; Hanson, 2005; Freidman, 1998; Friedemann, 1989,1999; Whall & Fawcett, 1991; Schober & Affara, 2001).

Inicialmente estas teorias e modelos reportaram-se exclusivamente aos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, em que a família, enquanto grupo ou unidade, poderia integrar o ambiente como factor protector ou de adversidade na trajectória de vida, dos indivíduos. Baseadas, também elas, em pressupostos sistémicos (Freidman 1998), a família foi mais tarde integrada, pelos respectivos teóricos, como alvo e contexto de cuidados de enfermagem.

A teoria da consecução dos objectivos foi desenvolvida por King (1981, 1987, cit. por Hanson, 2005) alicerçada na TGS. Baseia-se numa estrutura conceptual de sistemas abertos (George, 2000; Wesley, 1997), cujo conceito central refere-se aos seres humanos como sistemas em interacção com o meio, integrando três sistemas: pessoal, interpessoal e social. O primeiro inclui conceitos associados ao crescimento e desenvolvimento pessoal como a percepção e identidade, enquanto o segundo se situa no processo de socialização, integrando a interacção, comunicação, transacção, papel e stresse. A família emerge como um sistema interpessoal, que em complementaridade com outros, constituem os sistemas amplos do indivíduo.

A teoria de King centra-se na interdependência destes sistemas, incorporando o conceito de interacção entre enfermeiro e paciente, em que ambos actuam no sentido da concretização das metas definidas e cujas percepções se influenciam mutuamente.

Assente também num modelo de sistemas abertos, emergiu a teoria dos seres humanos unitários, desenvolvida por Rogers em 1970 (Hanson, 2005). Baseia-se nos princípios da hemodinâmica, nomeadamente a integralidade, ressonância, reciprocidade e helicidade, que como refere George (2000) são comparáveis aos pressupostos da teoria geral dos sistemas, teorias do desenvolvimento e de adaptação. Emprega os conceitos de campos de energias, como unidades fundamentais do indivíduo, que interagem num determinado padrão.

A pessoa é assim vista como uma campo de energia unificado e a enfermagem *"busca estudiar la naturaleza y la dirección del desarrolo del hombre unitário en constante interacción com el entorno"* (Wesley, 1997:77), centrando-se na totalidade da pessoa.

Notoriamente influenciado pelas teorias que informam o pensamento sistémico, Casey (1996, cit. por Hanson, 2005) expandindo esta teoria para a família, define-a como um sistema aberto, composto por sub-sistemas interdependentes, influenciados pelo ambiente e cujo grau de permeabilidade dos limites determina essa mesma influência. Ainda imbuído dos mesmos propósitos conceptuais, salienta o determinismo auto organizativo da família, referindo que as mudanças que ocorrem na família, sendo contextuais e evolutivas, ocorrem pelas escolhas que são feitas pela família, determinando, ela própria, os seus padrões de funcionamento.

Considerando as transições subjacentes aos processos de desenvolvimento individual ou as que decorrem de alterações do bem-estar, associadas a situações de doença aguda ou crónica, a Teoria Geral de Enfermagem de Orem (1993, 2001) integra a teoria do autocuidado, teoria do défice de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem. Na sua globalidade possibilitam uma compreensão do indivíduo a partir do seu potencial para aprender e desenvolver-se.

O conceito de autocuidado engloba as actividades que este precisa de desenvolver para manter o bem-estar, cuja competência para as executar depende as suas capacidades cognitivas, de percepção e de memória, assim como um conjunto de habilidades e valores que lhe permita identificar as suas necessidades e que o torna o agente do autocuidado (Orem, 1993, 2001).

As acções desenvolvidas para a concretização do autocuidado, designadas, pela autora, como requisitos de autocuidado, englobam os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. A teoria do deficit de autocuidado reporta-se às acções desenvolvidas por outro, que não o próprio, quando este não é capaz de satisfazer os requisitos de autocuidado. Neste contexto emerge a teoria dos sistemas de enfermagem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio e educação), em que dependendo da capacidade da pessoa, o enfermeiro decide quer as acções a desenvolver, quer o agente executivo.

A família surge então, na situação de défice de autocuidado do indivíduo, como agente promotor e ou executório do mesmo. A teoria geral de enfermagem foi ampliada por Gray (1996, cit. por Hanson, 2005), incluindo a família como unidade de cuidados. Segundo o mesmo autor, o conceito de auto-cuidado familiar refere-se à relação entre a promoção e protecção da saúde, sendo cada membro um agente de autocuidado, considerando a especificidade da unidade familiar, cultura e experiências vivenciadas. A Teoria Geral de Enfermagem (Orem, 1993, 2001) e a sua adaptação á família, enquanto unidade, (Gray 1996, cit. por Hanson, 2005), centra-se nas competências dos indivíduos e da família para desenvolverem comportamentos que permitam o desenvolvimento adequado, enquanto sistema, individual ou familiar.

Para a adequação dos comportamentos às situações contextuais, os indivíduos desenvolvem processos adaptativos que lhes permite modificar e ajustar esses comportamentos e evoluírem para outros níveis de funcionamento. Nesta perspectiva, no modelo de adaptação de Roy, fundamentado na TGS e nas teorias da adaptação, a pessoa é vista como um sistema adaptativo (George, 2000).

Os processos reguladores englobam os factores fisiológicos, autoconceito, papel social e o vínculo do indivíduo aos seus sistemas de apoio. Definindo sistemas como um "*conjunto de componentes organizados relacionados para formar um todo*" (Wesley, 1997:110), o modelo de adaptação enfatiza os conceitos de globalidade, interacção, flexibilidade e retroacção, considerados centrais na compreensão dos processos adaptativos. Alargando a visão da família como contexto, utilizando alguns dos conceitos centrais da cibernética, Wall & Fawcett (1991) descrevem-na como um sistema adaptativo, com processos de regulação e feedback.

Por último, o modelo de sistemas de Neuman (1982), que cimentado na teoria geral dos sistemas, permite perspectivar os conceitos descritos nos modelos anteriores numa abordagem integradora. Centra-se no stresse e na reacção do sistema face ao mesmo, visando a diminuição dos efeitos deste sobre a saúde. Integra os seguintes conceitos: estrutura básica do núcleo, que integra os recursos fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais; linhas de resistência que rodeiam a estrutura básica e que representam os factores internos que ajudam na defesa contra os agentes stressantes; linha normal de defesa e linha flexível de defesa que se referem, respectivamente, ao estado adaptativo normal e à barreira protectora dinâmica que evita que os agentes stressantes perpassem a linha de defesa do núcleo. Neste modelo a pessoa é definida como um sistema total, multidimensional e dinâmico (Wesley, 1997:105), que *"responde aos stressores do ambiente"* (George, 2000:240).

Aplicando os conceitos centrais desenvolvidos por Neuman, Wall & Fawcett (1991) definem família como sendo um grupo com uma cultura comum, cuja finalidade é a

continuidade e em que a estabilidade se torna possível pela preservação da integridade da sua estrutura.

Após a análise ecossistémica dos pressupostos teórico-epistemológicos que, segundo (Wall & Fawcett, 1991) cimentaram a criação e consolidação da enfermagem de família, enquanto componente da disciplina de enfermagem, julgamos que a compreensão da complexidade que emerge da interacção entre componentes permitirá centrar-nos no contexto mais imediato da enfermagem de família.

Englobaremos os intervenientes do sistema interpessoal que caracteriza a enfermagem de família nas suas diversas componentes, incluindo os processos de reciprocidade entre os seus conceitos centrais, circunscrevendo-nos ao seu contexto imediato, que representa o nível microssistémico.

2.3 – Enquadramento Microssistémico

Wall & Fawcett (1991), apresentam os conceitos centrais que consideram estar inerentes à enfermagem de família, em que além da própria delimitação do campo teórico e terapêutico da própria enfermagem de família, como área disciplinar, emerge o conceito de família como fundamental para a compreensão do seu campo de actuação.

Efectivamente os autores que têm desenvolvido este conceito, no âmbito da enfermagem de família, têm alicerçado este desenvolvimento com base nos pressupostos teórico-epistemológicos que descrevemos anteriormente.

Wall & Fawcett (1991), na sua obra sobre o desenvolvimento da enfermagem de família, refere-se ao conceito de família integrando a dimensão interaccional pragmática num contexto de transições que ocorrem face às interacções contínuas decorrentes dos processos internos e das relações com o ambiente.

Destacamos a definição de Silva (2007:41) que, em conformidade, integra os processos adaptativos às transições do processo saúde e doença, considerando que a família "*é um sistema dinâmico em constante processo de interacção relacional entre seus sub-sistemas individuais, estejam eles em estado de saúde ou doença, pois a família busca rearranjar-se em situações de desarranjo, adaptando-se às exigências do processo saúde-doença*".

Além da dimensão interaccional, a que subjaz a dinâmica contextual associada à mudança como resultado da adaptação, Silva (2007) ainda se refere à complexidade, intersubjetividade e singularidade como características inerentes à família, enquanto contexto de reciprocidade. Acrescenta ainda, noutro artigo em que se reporta à

abordagem sistémica da família (Silva, Gonçalves & Costa, 2007), as propriedades de globalidade e ainda os conceitos de retroalimentação e homeostase como caracterizadoras da família, enquanto sistema.

Outros autores também realçam esta perspectiva da família como sistema em interacção (Andolfi, 1981; Relvas, 1982; Minuchin, 1990; Sampaio & Gameiro, 2002), enfatizando a comunicação multidireccional, as transformações evolutivas e ainda a componente da globalidade e não somatividade, representada por Andolfi (1981:19) da seguinte forma: *um sistema de interacção que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais".*

Se iniciamos com a definição do conceito de família, descrita por enfermeiros (Wall & Fawcett, 1991; Silva, 2007; Silva, Gonçalves & Costa, 2007) verificamos a consensualidade com os restantes autores mencionados, provenientes de outras áreas de conhecimento.

Conceito consolidado a partir dos mesmos pressupostos teóricos, verificamos que a concepção da família tem sido desenvolvida de forma multidisciplinar, em áreas como antropologia, psicologia, sociologia, economia, enfermagem, entre outras.

Com efeito os estudos sobre família têm sido transversais a várias disciplinas e desde a década de cinquenta do séc. XX, têm sido realizados estudos e desenvolvido teorias e modelos, quer para melhor compreensão conceptual da família, quer para o desenvolvimento de estratégias de avaliação e intervenção familiar. Contudo num estudo referente a pesquisas sobre família, efectuado por Elsen, Marcon & Silva (2002), as autoras verificaram que apesar do interesse demonstrado pelo tema, a abordagem do mesmo centra-se numa filosofia disciplinar. Se em "*estudos desenvolvidos em uma mesma disciplina surgem algumas vezes repetidos em outra, com a definição dos mesmos objectivos, população alvo e fenómeno a ser investigado, numa falta clara de comunicação entre elas*" (Althoff, Elsen & Nitschke, 2004: 21), julgamos que é emergente a compreensão da família baseada num princípio integrador. Neste sentido, a necessidade de englobar os pressupostos da interdisciplinaridade "*enquanto sensibilidade á complexidade, capacidade de penetração do olhar no sentido da procura de mecanismos comuns, estruturas profundas que possam articular o que aparentemente não é articulável*" (Pombo, 2004: 24).

A discussão sobre interdisciplinaridade remete-nos para o conceito de transdisciplinaridade, definida por Almeida (1997) como a criação de um novo campo teórico mais amplo, baseado na interacção entre os sujeitos dos discursos que constroem a ciência.

É neste contexto que continuamos a nossa análise do conceito de família, enquanto premissa primordial da enfermagem de família, julgando que a reflexão subsequente

relativa à sua especificidade teórica e prática, será melhor compreendida com base numa discussão prévia, mediada pela abordagem transdisciplinar.

Se iniciamos a discussão do conceito de família a partir da sua dimensão conceptual inerente ao pensamento sistémico, verificamos contudo que este não é um conceito homogéneo para todas as épocas e culturas, observando-se diferenças transculturais (Gimeno, 2001). É pois um termo polissémico, que integra concepções diversas que diferem de acordo com a cultura.

O termo família provém do latim, designando originalmente o conjunto de pessoas vivendo na mesma casa. Posteriormente começou a ser associado á comunidade do marido e mulher ou do senhor e escravo, implicando os conceitos de parentesco e coabitação (Segalen, 1995).

O conceito de família era então associado ao núcleo familiar, casal que vivia com os seus filhos biológicos, de forma estável e harmoniosa (Benjumea, 1995; Machado, 2005) e eventualmente com um dos pais de um dos conjugues (ICN, 2002a).

Seguindo uma perspectiva antropológica estruturalista, também Lévi-Strauss (1977) se refere à família como uma estrutura de parentesco, descrevendo-a como um grupo social com origem no casamento. Contudo ainda no séc. XVI, segundo Burguiere, Christianne, Segalen & Zorabend (1980), as representações de família estão associadas a grupo doméstico e só mais tarde ao grupo de parentes. No entanto Shorter (1995) refere-se ao casamento monogâmico heterossexual, cimentado num modelo patriarcal e na propriedade privada, como características configurativas da família, no período anterior à Idade Média, que o autor localiza no séc. XV.

Estas características mantêm-se até à ascensão da família moderna, constatando-se que no séc. XIV e XV, a família, enquanto grupo doméstico, era impregnada de acções públicas, evidenciando-se os fortes laços de parentesco e a exteriorização pública da esfera privada (Shorter, 1995). Além da intensa regulação e controlo social, a contínua sociabilidade não permitia a construção da identidade familiar, como a percepcionamos actualmente, conforme reproduz Ariés (1978: 249):

"[…] Mas de facto até ao fim do século XVII ninguém ficava sozinho. A densidade social proibia o isolamento e aqueles que se conseguiam fechar no quarto por algum tempo, eram vistos como figuras excepcionais: relações entre pares, relações entre pessoas da mesma condição, mas dependentes umas das outras, relações entre senhores e criados – estas relações de todas as horas e de todos os dias jamais deixavam um homem sozinho. Essa sociabilidade durante muito tempo se havia oposto á formação do sentimento familiar, pois não havia intimidade".

Considerada como uma unidade produtiva e reprodutora, preparando as novas gerações para agirem como as passadas (Shorter, 1995), a família caracteriza-se, nesta época,

pelas suas funções de produção, conservação dos bens e sobrevivência. Neste contexto, o casamento era considerado como um meio de preservação destas funções, através da transmissão do património e manutenção da posição social. Desta forma, os deveres para com a casa sobrepunham-se aos deveres para com o conjuge (Casey, 1989), mantendo-se estes princípios até cerca do séc. XVIII, sobretudo nas populações camponesas.

As crianças tinham também um papel muito importante na concretização dos objectivos do grupo familiar, nomeadamente na sua sobrevivência. Sendo vistas como pequenos adultos, integravam o mercado de trabalho com cerca de sete ou oito anos de idade (Shorter, 1995). Outro facto relevante que nos ajuda a compreender o contexto familiar da época e a sua interacção com a comunidade, é a existência de amas-de-leite (Casey, 1989; Ariés, 1978; Burguiere, Christianne, Segalen & Zorabend, 1998; Shorter, 1995), que perdurou até cerca do séc. XVIII. Enquanto as famílias abastadas levavam as *amas-de-leite* para sua casa, as famílias de artesãos, não tendo essa possibilidade económica, levavam as crianças recém-nascidas para o campo, onde estavam as respectivas amas.

Já no final do séc. XVI e durante o séc. XVII e XVIII, surge um novo sentimento de família acompanhado de mudanças significativas em relação à importância familiar e social da criança, pois esta *"tornou-se um elemento indispensável da vida cotidiana, e os adultos passaram e a preocupar-se com a sua educação, carreira e futuro*" (Ariés, 1978:270). A energia da família, enquanto grupo, dirige-se essencialmente às crianças, vistas agora como "*um bem de consumo afectivo*" (Kellerhals, Pierre-Yves & Lazega, 1989:95).

Ainda até ao final do séc. XVIII inicia-se a privatização do espaço doméstico, em que as famílias mais ricas diminuíram o número de pessoas com quem coabitavam, e separaram a habitação, propiciando espaços próprios para os empregados (Casey, 1989). Nas últimas décadas desse século emergiu o Romantismo, como movimento artístico, político e filosófico, influenciando os sistemas de valores da sociedade, traduzindo-se pelo surgimento do amor romântico (Shorter, 1995). O namoro passa de instrumental a expressivo, enfatizando no casal a expressão relacional e implicando consequentemente alterações a nível da sexualidade conjugal, englobando a componente afectiva para além da sua função reprodutora.

O sistema de valores ligado à fidelidade, cadeia de gerações e responsabilidade perante a comunidade passa para a felicidade pessoal e auto desenvolvimento. Esta transformações iniciadas no séc. XVIII, cimentam-se ao longo do séc. XIX, cujos aspectos essenciais estão associados às alterações na relação mãe-filho, na relação da família com a comunidade e transformações nas relações de parentesco (Ariés, 1978; Shorter, 1995). Estes factores, na base da ascensão da família nuclear e da domesticidade, foram os precursores do que Shorter (1995) designa por família moderna.

As alterações a nível da organização familiar surgiram associadas a épocas de importantes mudanças sócio-estruturais e tecnológicas. De facto, a industrialização do final do séc. XIX originou profundas alterações a nível social, decorrentes das mudanças nas relações entre os indivíduos e mudança nos valores sociais (Casey, 1989; Segalen, 1995).

O lar, que até então, era uma unidade auto-suficiente, viu-se substituído pelas máquinas que produziam os mesmos produtos, em maior quantidade e com menor custo (Nogueira, 2001).

As famílias, sobretudo as de baixos rendimentos foram forçadas a alterar as suas formas de sobrevivência, provocando, entre outras mudanças, o aparecimento de duas novas personagens: o operário e a doméstica (Saraceno, 1992).

As mulheres assumiram, assim, a responsabilidade do trabalho familiar, mas pela importância do seu contributo monetário para a subsistência da família, assumiram também, muitas vezes, o desempenho de uma actividade profissional remunerada. Pela dificuldade em compatibilizar as duas funções, sujeitaram-se a trabalhos precários e mal remunerados. O salário, significando o valor do trabalho e consequentemente o valor de quem o realiza (Segalen, 1995), torna-se um factor de agravamento da desigualdade social e familiar entre os dois sexos. Contudo a integração das mulheres no mercado de trabalho teve implicações na divisão de papéis, levando a novas formas de organização familiar, que de alguma forma pôs em causa os papéis tradicionais de marido e mulher.

Desenvolveram-se novas perspectivas sobre a divisão dos papéis femininos e masculinos, sobretudo a nível da organização das tarefas domésticas e parentais (Nogueira, 2001). No entanto, as mulheres, ainda actualmente, continuam a encarregar-se por mais tempo destas tarefas (Saraceno, 1992; Poeschl, 2000; Figueiredo, 2003). Apesar do desenvolvimento tecnológico ter permitido a diminuição de tempo em algumas tarefas ou mesmo a eliminação de algumas (como lavar a roupa e/ou a louça à mão), surgiram novas necessidades que originaram novas tarefas e novas competências.

As mulheres substituíram as tarefas anteriores por outras, dirigidas essencialmente para o trabalho de relação, na criação e manutenção das relações dentro da família e entre esta e a rede parental ou o sistema de serviços (Saraceno, 1992).

Ainda reportando-nos à época pós revolução industrial, verifica-se que paralelamente à situação das mulheres das classes mais baixas, que trabalhavam nas fábricas e desempenhavam as tarefas domésticas, surgiu uma nova classe média, que atribuía à mulher o papel de "*dona de casa*". As mulheres dedicavam-se às tarefas domésticas e a cuidar das crianças, enquanto que os homens iam trabalhar para o exterior, originando a divisão entre a esfera pública e privada e posições sociais muito diferentes entre os dois sexos (Nielsen, 1990).

O aparecimento da sociedade industrial deu assim origem ao aparecimento das famílias operárias e das famílias burguesas, que incluíam desde os empregados por conta de outrem até aos grandes proprietários de terras e detentores de grandes negócios, sendo que antes da revolução industrial os modelos familiares formavam-se em torno das actividades agrícolas em conjunto com uma população burguesa e aristocrata.

Efectivamente o modelo de família burguesa desempenhou um papel social importante no decorrer do séc. XIX quer relativamente aos grupos domésticos quer às redes de parentesco, constituindo-se como um modelo normativo (Saraceno, 1992; Segalen, 1995).

Assistiu-se após a primeira Guerra Mundial ao advento de uma cultura de classe média que, segundo Segalen (1995), levou á emergência da separação entre a esfera privada e a esfera pública, situando-se respectivamente o amor e a sexualidade, moralidade, relações pessoais e intimas na primeira e o trabalho, relações extra familiares e a sexualidade ilegítima na segunda. As mulheres começam a regressar aos lares, devido ao aumento dos salários dos homens nas fábricas, implicando uma divisão sexual das tarefas e uma maior atenção dispensada aos filhos.

Embora a variedade de modelos familiares, *"tão diversos quanto as hierarquias do trabalho, as imposições da produção e as categorias sociais cuja classificação estática é incessantemente perturbada pelos complexos processos de mobilidade social"* (Segalen, 1995:8), todavia, em meados do séc. XX, mantém-se normativo o modelo familiar caracterizado pelo grupo doméstico de tipo nuclear, inserido numa rede de parentesco. Nesta altura a classe operária começa a poder utilizar contraceptivos permitindo a redução do número de filhos e consequentemente a melhoria da qualidade de vida.

Outra transformação relevante, subsequente às sociedades industriais foi a transferência de algumas funções, antes executadas pela família alargada, numa rede de parentesco e também de rede social, para a exclusiva responsabilidade da família nuclear (Barker, 2000).

A partir dos anos setenta do séc. XX iniciaram-se transformações nos modelos familiares, transversais a países de culturas, tradições e religiões diversas, emergindo a família contemporânea ou pós-moderna (Segalen, 1998).

Nas sociedades ocidentais, esta década é marcada pelo regresso das mulheres ao mercado de trabalho fora de casa (Shorter, 1995), assim como o investimento nas carreiras profissionias, por parte de ambos os conjuges (Segalen, 1995). A consequente alteração dos papeis de genero e o maior acesso da mulher à educação (ICN, 2002a), implicou que as mulheres mantivesse as suas carreiras profissionais, mesmo após o nascimento dos filhos, planeados hoje de acordo com a carreira dos pais.

O patriarcalismo, que se caracteriza segundo Castells (1999:169) pela "*autoridade, imposta institucionalmente, do homem sobre a mulher e filhos no âmbito familiar*", concedendo ao homem os direitos absolutos sobre as decisões familiares (Casey, 1982) enfraquece com a inserção da mulher no mercado de trabalho, implicando novas formas de distribuição de poder na família (Segalen, 1998). Com efeito o auferir um salário e poder ascender a uma carreira profissional, possibilita à mulher autonomia e a possibilidade de optar por viver sozinha, reforçando-se a consciencialização crescente da importância da contracepção, como meio de regulação dos nascimentos e possibilitando o planeamento do número de filhos e do intervalo de tempo entre os mesmos.

As dificuldades associadas à gestão simultânea da carreira profissional e das questões da conjugalidade e parentalidade, associadas às novas formas de conceber a conjugalidade levaram não só à idade tardia do casamento (ICN, 2002a; Castells, 1999), à diminuição da taxa de nupcialidade, assim como à idade tardia do primeiro filho, com o consequente aumento da diferença de idade entre pais e filhos, traduzindo, segundo Machado (2005) uma distância significativa entre as gerações. Esta distância constitui-se, segundo Shorter (1995) como um factor de rompimento da continuidade das gerações, traduzindo-se pela descontinuidade de valores, a par do aumento da importância de outros agentes de socialização.

Paralelamente, a diminuição das taxas de natalidade e fecundidade associadas ao aumento da esperança de vida, implicaram o envelhecimento da população (ICN, 2002a). Se por um lado, destas transformações sócio-demográficas emergiram novas necessidades sociais e de saúde que implicaram novos formas de abordagens direccionadas essencialmente para a consolidação de redes de apoio a idosos e respectivas famílias, também possibilitou uma interacção entre gerações, mais frequente do que nos séculos anteriores. Se no séc. XVIII a esperança de vida situava-se entre os 35 e os 40 anos, na década de 90 do século XX, no Ocidente, esta situa-se em média entre os 73,1 para os homens e 81,3 para as mulheres (Segalen, 1998), possibilitando que a própria geração idosa se constitua também como rede de apoio activa ao núcleo familiar.

Libertos da pressão económica que subjuga o casal a permanecerem juntos, além dos avanços tecnológicos que reduziram as horas de trabalho e proporcionaram mais tempo de descanso em conjunto (Castells, 1999; Shorter, 1995), o grupo doméstico caracteriza-se pela sua instabilidade, em que o casal "*decide partilhar o seu espaço por um período de tempo deixado em suspenso*" (Segalen, 1995:31). Se antes os valores eram baseados na indissolubilidade da família, actualmente centram-se "*no bem-estar do momento, não importando a indissolubilidade ou o passado*" (Machado, 2005:4). Além destes aspectos centrais, também a prevalência do modelo de família nuclear, implicou segundo Jones

(2004) que as funções atribuídas á família aumentassem as tensões entre o casal, derivado das responsabilidades económicas, a dificuldade com os filhos e os cuidados com os idosos.

Neste contexto, o aumento do número de divórcios, de separações e de novos matrimónios é um facto no mundo ocidental, originando o aumento de famílias monoparentais e famílias reconstruídas com padrasto ou madrasta (ICN, 2002a).

A estas múltiplas formas de organização familiar estão associadas não só as alterações nos papéis de género, os processos de recomposição familiar, mas também a diversidade de interacções conjugais (Wall, 2003). Estas são caracterizadas por Kellerhals, Pierre-Yves & Lazega (1989) pela intensidade e adequação da comunicação entre os cônjuges, a semelhança dos valores da mulher e marido, a correspondência entre as expectativas do papel e os respectivos jogos de papel e a igualdade entre os cônjuges.

Em harmonia, as dimensões avaliativas da interacção conjugal definidas por Wall (2005), centram-se na coesão interna e na integração externa do casal.

Em Portugal, acentuam-se as tendências de mudança nas interacções conjugais, a diversidade nas formas de interagir, traduzindo-se na pluralidade dos processos de construção da coesão interna e da integração externa e não se encontrando modelos dominantes das formas de viver em casal e família (Wall, 2005).

A complexidade das mudanças económicas, culturais e sociais favoreceram a tolerância e a valorização da diversidade (Segalen, 1995) face às formas de conceber as relações familiares e à pluralidade dos novos modelos de configuração familiar subsequentes aos novos significados atribuídos à conjugalidade e aos processos de recomposição familiar.

Além da família constituída por várias gerações que vivem em comum, podendo integrar parentes colaterais, designada como família extensa (ICN, 2002a), extensiva (Potter, 2005)**,** ou ainda alargada (ICN, 2006; Bomar, 1996) e da família nuclear associada ao casal com ou sem filhos (ICN, 2002a; Potter, 2005) ou apenas ao casal com filhos (Schlesinger, 1982 cit. por Barker 200; Bomar, 1996), encontramos diversas tipologias de famílias, que traduzem a diversidade, já evidenciada, dos modelos de configuração familiar.

Se o ciclo de vida da família tradicional começava habitualmente com a união de duas pessoas que se comprometiam numa relação que perdurava ao longo do tempo, actualmente, pelos factores já referenciados anteriormente, este ciclo é cada vez menos frequente na sociedade ocidental.

Devido essencialmente ao progressivo aumento do número de divórcios, denota-se a frequência crescente de famílias monoparentais, constituídas por figura parental única

(ICN, 2002a, 2006; Hanson, 2005), em que a "*geração dos pais está apenas representada por um único elemento*" (Alarcão, 2000:214).

Apesar das transformações da sociedade que têm contribuído para o avanço das condições sócio-económicas das mulheres, a nível mundial, as famílias chefiadas por mulheres representam ainda uma das classes sociais mais pobres (Chilman, 1991).

Os rendimentos constituem-se como um das dimensões de avaliação da classe social (Graffar, 1956; Amaro, 2001), sendo que esta afecta o estilo de vida, o estado de saúde, as oportunidades de educação e as condições de vida em geral (Hanson, 2005). Estas questões obtêm especial importância também em Portugal. Em 2000, verificava-se, segundo Espada (2004), que 85,5% das famílias monoparentais eram constituídas por mães sozinhas que vivem ao nível, ou abaixo, do regime de sobrevivência e que apenas 14,5% apresentavam independência económica. Efectivamente segundo dados do INE (2007), em 2006, os agregados monoparentais representam 8% do total de agregados familiares, constituídos maioritariamente por mães com filhos.

Estes factores associados à monoparentalidade, são expressos na classificação adoptada pela CIPE® (ICN, 2006:171), em que além da designação de família monoparental, integra a "*família monoparental: liderada pela mulher*" como cliente de enfermagem, descrita como a "*família constituída pela mãe, avó ou outra mulher e uma ou mais crianças e/ou outros dependentes*."

Relativamente ao padrão de interacção estabelecido regularmente neste tipo de famílias sobressaem as ligações muito fortes entre os seus membros, com risco de parentificação (Alarcão, 2000). Neste sentido Moriarty & Wagner (2004) identificaram cinco tipos de rituais presentes nestas famílias que apoiam o desenvolvimento da coesão e valores familiares: conexão, espiritualidade, amor, recreação, celebração.

Criada, muitas vezes a partir da entrada de um novo parceiro numa família monoparental, a família reconstituída (Bomar, 1996; Schlesinger, 1982 cit. por Barker; Hanson, 2005), reconstruída (ICN, 2002a), recomposta (Cutsem, 2004) ou ainda designada como família de combinação (Potter, 2005) engloba o casal de segundas núpcias (Wright & Leahey, 2002), integrando filhos de matrimónios anteriores ou ainda os filhos do novo casal.

Caracterizada por existirem pessoas que, num passado mais ou menos próximo, tiveram outras famílias e que agora se encontram reunidas num novo sistema, a nova configuração familiar tem diversas peculiaridades, evidenciando-se a possibilidade da co-existência de diferentes etapas do ciclo vital (Alarcão, 2002) que amplifica a complexidade do sistema face aos seus processos de transição.

Outra configuração familiar referenciada corresponde à família adoptiva (Relvas & Alarcão, 2002; Alarcão, 2002; Wright & Leahey, 2002, 2005; Schlesinger, 1982, cit. por Barker, 2000). Caracterizada pela integração de uma criança ou adolescente no sistema

familiar, com o respectivo desenvolvimento de laços legais e afectivos (Alarcão, 2000), apresenta características desenvolvimentais diferenciadas da família nuclear associadas essencialmente à inexistência de uma história familiar conjunta e ao período de integração, que implica a expansão dos limites da família (Wright & Leahey, 2002).

Ainda encontramos na literatura descrições relativas a outras formas de configuração familiar, salientando as seguintes: coabitação que corresponde à família que integra homens e mulheres solteiros (Bomar, 1996); pessoa celibatária (Bomar, 1996) ou família unipessoal (INE, 2007) que se reporta a um adulto só, que vive numa habitação; comuna (Bomar, 1996) ou famílias comunitárias (Schlesinger, 1982, cit. por Barker, 2000; Relvas & Alarcão, 2002; Alarcão, 2002) constituídas por grupos de homens, mulheres e filhos e ainda a família homossexual, definida por Bomar (1996) como o casal do mesmo sexo e correspondendo à definição do ICN (2002a) como pessoas do mesmo sexo que vivem juntas.

Sobre este ultimo tipo de família, Alarcão (2002) integra o casal homossexual com filhos, fazendo uma síntese de estudos efectuados que têm comprovado que não existem diferenças no impacto da homoparentalidade no desenvolvimento das crianças, comparativamente à parentalidade exercida por casais heterossexuais. Salientam as autoras que, pela ainda pouca frequência deste tipo de famílias, as problemáticas a ela associada relacionam-se sobretudo como os processos de descriminação social, traduzidos pela parcialidade e preconceito.

Consideramos ainda pertinente realçar alguns aspectos da tipologia das famílias, descritas por Potter (2005) e ICN (2002a). O primeiro define uma categoria que designa por famílias de padrões alternados de relacionamento, que engloba pessoas de diferentes gerações em coabitação como avós e netos, adultos que vivem sozinhos ou casais homossexuais, enquanto o segundo, referindo-se a tipos de famílias menos frequentes, diferencia o casal não casado e filhos, da família nuclear, assim como o casal que coabita sem vínculo legal do casamento. Estas alusões confirmam, de alguma forma, o que mencionam Alarcão & Relvas (2002:9) quando se referem à forma como conceptualizamos e tentamos compreender as dinâmicas familiares subjacentes às novas formas de organização familiar "*equacionadas como cambientes do desenvolvimento familiar normal, é por comparação com a família intacta que, quase sempre, tendemos a procurar e a sinalizar as suas particularidades e vicissitudes.*"

A classificação das famílias, sustentada nos autores referenciados, baseia-se essencialmente nos aspectos estruturais da família, relacionados com a sua composição e as subsequentes funções familiares.

Também em Portugal, as tendências demográficas e sociais, traduzidas, entre outros factores pelo envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida, diminuição

da fecundidade, o prolongamento do tempo que os jovens permanecem com a família de origem, o numero cada vez maior de mulheres com carreiras profissionais, além da crescente instabilidade das relações conjugais, têm originado alterações significativas quer na configuração das famílias, quer nas suas dinâmicas de interacção (Leite, 2003).

Com efeito, além das mudanças ocorridas nas práticas e representações da família, acentua-se a diversidade das mesmas (Almeida, 1997; Torres, 2001), paralelamente às alterações estruturais da família. Estas são cada vez mais pequenas, aumentando o número de famílias com uma ou duas pessoas em detrimento das famílias com três ou mais elementos. Maioritariamente constituídas por casais com filhos, predominando as famílias apenas com um filho, verifica-se também o aumento das famílias monoparentais, conforme já referido anteriormente (INE, 2007).

Salienta-se ainda o aumento de casais em união de facto e os núcleos conjugais reconstituídos, assim como o número de famílias institucionais. Definido como o "*conjunto de indivíduos residentes num alojamento colectivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objectivos da instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo*" (Leite, 2003: 27), verificou-se um aumento de 61,5% de 1991 a 2001, sendo que a maioria das famílias institucionais reside em alojamentos colectivos.

Estes dados reflectem, entre outros aspectos, o aumento do índice de envelhecimento, que de 82, em 1994, passou para cerca de 110 idosos para 100 jovens, em 2005 (INE, 2007).

Verificamos assim, que também em Portugal, como nos restantes países europeus, se expressam profundas mudanças nas configurações e comportamentos familiares, salientando-se as alterações nas estruturas domésticas e nas dinâmicas familiares (Wall, 2005).

Contudo o conceito de família sobrevive como unidade social importante em todas as sociedades, em que a família *"enquanto valor ocupa um lugar primordial na vida dos indivíduos*" (Leite, 2003:37). Constitui-se como o primeiro e mais importante grupo social para o indivíduo, quadro de referência estabelecido nas suas relações enquanto criança e que lhe permite desenvolver-se como ser adulto e autónomo. Mantém-se como unidade básica da sociedade (ICN, 2002a), determinando a interacção entre os seus membros e estes e a comunidade e como espaço de mediação entre o indivíduo e o seu meio (Colaço, 1993).

Nesta realidade polissémica de configurações familiares o conceito de família tem ultrapassado a determinante da consanguinidade e coabitação, sendo dado maior ênfase às dimensões psicológicas e sociológicas, caracterizando-se a família por laços fundamentalmente afectivos (Friedman, 1998; Wright & Leahey, 2002; Relvas, 1982;

Benjumea, 1995; Elsen, Althoff & Manfrini, 2001; Duhamel, 1995). Ou seja, não existe um modelo actual de família, mas múltiplos modelos baseados essencialmente no afecto, como valor base, emergindo a tendência de auto-definição da família (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2002; Hanson & Boyd, 1996; Elsen, Althoff & Manfrini, 2001). A unidade familiar alicerçada no compromisso e vínculo afectivo, pode ou não incluir crianças, e os seus membros podem viver ou não juntos (Stuart, 1991). Neste sentido, a família contemporânea, agregando-se pela necessidade de conviver **(**Ariés, 1978) mostra-se como uma unidade de relações dinâmicas derivada de consequentes processos de transformações que foram por elas assimiladas.

A família perdeu as suas funções instrumentais para se tornar essencialmente numa unidade de realização afectiva e companheirismo (Kellerhals, Pierre-Yves & Lazega, 1989), passando a ser essencialmente um espaço de comunicação (Castells, 1999). Com efeito as tendências sociais originaram novas configurações familiares e novas dinâmicas, num contexto amplo de diversidade de funções familiares. Resultantes da organização do sistema familiar, as funções correspondem ao que a família, enquanto grupo, desenvolve no sentido de sobreviver como sistema social e simultaneamente contribuir para a sociedade (Minuchin, 1990).

Hanson (2005), analisa as funções familiares considerando um nível microsistémico da unidade familiar e outro mais abrangente, perspectivando o impacto da família como instituição social. Ao primeiro nível a autora designa a família como sistema social, enquanto no segundo integra as funções da família na sociedade.

Adoptando as condições definidas por Parsons (1951), para a sobrevivência da família como sistema social, Hanson (2005) descreve-as como relevantes na manutenção da integridade da família, nomeadamente: a adaptação que se reporta ao ajuste da família ao ambiente (interno e externo); a realização de objectivos como forma de promover o compromisso entre os seus membros; a integração, que se refere aos meios utilizados pela família para manter a coesão, a solidariedade e a identidade; manutenção dos padrões de controlo da tensão como o estado interno do sistema resultante das expectativas dos seus membros sobre os comportamentos a adoptar, no contexto do sistema de valores familiares. A presença destes requisitos permitirá a concretização das suas funções sociais, circunscritas, segundo Hanson (2005) à função económica, de reprodução, socialização dos filhos e estabilização das personalidades adultas através da conjugalidade, tendo como meta manter a identidade e coesão familiar (Gimeno, 2003).

Se as funções económicas se centram actualmente, segundo Hanson (2005) no consumo de bens e serviços no sentido de manter a viabilidade económica da unidade familiar, mantêm-se ainda as funções de sobrevivência e de apoio económico dos seus membros (ICN, 2002a). Relativamente à função reprodutora, apesar das novas estruturas

familiares actuais, a família continua a contribuir para a reprodução biológica e social da sociedade (Singly, 2000).

Como resposta às necessidades básicas da família, integramos ainda as funções relacionadas com a nutrição, segurança e protecção dos seus membros (Stuart, 1991; ICN, 2002a), além da promoção do espaço para a sexualidade e o apoio mútuo dos seus elementos (Barker, 2000).

Ou seja para além da simples sobrevivência, dos cuidados de nutrição e protecção, a família constrói-se "*como um meio de intimidade e afectos facilitadores do desenvolvimento pessoal, da auto-realização dos seus elementos como pessoas com direitos inquestionáveis, iguais em dignidade e capazes de desenvolver potencialidades infindáveis, manuais, cognitivas, afectivas e sociais*" (Gimeno, 2003:73).

Contexto para o amor, apoio e relações íntimas, num espaço "*onde circula o amor*" (Singly, 2000:35), as funções afectivas da família reportam-se à satisfação das necessidades emocionais dos seus membros, integrando a sua estabilidade emocional (Benjumea, 1995; Friedman, 1998; Duvall & Miller, 1985), e o suporte dado aos seus elementos relativamente a pressões externas (Alarcão, 2000).

Efectivamente a família nunca foi tão importante como agora no desenvolvimento da sua função afectiva, expressa nas relações pessoais e duradouras entre os seus membros, que permite "*a descoberta dos seus recursos escondidos, a unidade e a estabilidade*" (Singly, 2000:23). Situa-se como central no processo de construção da identidade do indivíduo, facilitando a sua auto-realização pessoal no sentido da promoção da maturidade (Gimeno, 2003). O crescimento de cada membro acompanha o crescimento da família, enquanto unidade, num processo interaccional co-evolutivo, contribuindo para a individualização e autonomia, concomitantemente ao desenvolvimento do sentimento de pertença (Minuchin, 1990).

Como refere Cyrulnik (1995: 93) "*não pertencer a ninguém é não se tornar alguém*", englobando duas dimensões na construção do sentimento de pertença, nomeadamente a familiaridade e a filiação. A primeira traduz-se pelo sentimento reforçado pela interacção quotidiana, enquanto a segunda através das representações mentais relativas à pertença, possibilita a filiação cultural.

A família deverá então possibilitar o crescimento e autonomização dos seus membros simultaneamente à criação de um sentimento de pertença (Relvas, 2003) representando estas tarefas a função interna da família (Relvas, 1996). A função externa, de socialização e transmissão de cultura (Relvas, 1996) permitirá a adaptação social dos seus membros (Relvas, 2003), através da acomodação à cultura. Salienta-se, desta forma, a dualidade também expressa por Minuchin (1990), no sentido em que a família deverá tanto proteger psicologicamente e socialmente os seus membros, quanto

promover a adaptação dos mesmos à cultura. Consequentemente, a família tem uma dupla responsabilidade, dando resposta às necessidades dos seus membros e da sociedade (Stanhope & Lancaster, 1999).

A família constitui-se então como espaço de transmissão de crenças, valores éticos, culturais, sociais e cívicos (ICN, 2002a; Benjumea, 1995), assegurando a continuidade da cultura (Minuchin, 1990), através de um cenário quotidiano, com significados e significantes de rituais e mitos sociais, construindo a sua relação particular de afectos e interrelações entre os seus membros. Este espaço interaccional assume também uma função de estabilidade normativa, visando a aceitação dos valores sociais pelos seus membros, ao que Dias (2001) associa o papel de estabilização social da família, efectivado através da socialização.

Esta função socializante possibilita a interiorização das normas sociais pelos seus membros, integrando-as e adaptando-se à sociedade no sentido de serem capazes de desempenhar funções na mesma (Friedman, 1998; Gimeno, 2003). Resulta no processo de integração do indivíduo na sociedade, apropriando-se de comportamentos e atitudes, modelando-os por valores, crenças, normas dessa mesma cultura em que se insere.

A socialização é, portanto, um processo fundamental não apenas para a integração do indivíduo na sociedade, mas também, para a continuidade dos sistemas sociais, constituindo-se como o "*processo central da construção, quer da identidade individual quer da vida em sociedade*" (Singly, 2000:18). Esta influência da família, enquanto grupo de suporte primário direcciona-se tanto às crianças, quanto aos adultos, proporcionando aos últimos a estabilização da personalidade e apoio face às pressões da vida social (Benjumea, 1995; Hanson, 2005).

Apesar de outros agentes de socialização a família continua a desenvolver nos seus membros um sistema de valores relacionado com a maioria dos aspectos da sua vida, que condiciona a forma como os percepcionam e as expectativas sobre os mesmos (Gimeno, 2003). Se é na família que se inicia o processo de aquisição destes recursos, tão importantes para a sociedade actual, centrada no pluralismo, Belardinelli (2002) reforça o papel formativo e de socialização da unidade familiar, desenvolvido pelos relacionamentos co-construídos.

O sistema de valores desenvolvido pela família, expresso pelas crenças, atitudes e comportamentos dos seus membros, influencia também a forma como se desenvolvem os processos de saúde dos mesmos (Duhamel, 1995). Efectivamente desenvolvem-se, organizam-se e realizam-se no sistema familiar, valores que podem ou não possibilitar comportamentos promotores de saúde (Hanson & KaaKinen, 1999; Potter, 2005) e que reflectem o estado de saúde da família.

Além de ser no contexto familiar que, frequentemente, são tomadas decisões sobre as práticas de saúde, a família opera também como provedora dos mesmos (Nettle, Pavelich, Jones, Beltz, Laboon, & Piffer, 1993; Hanson & KaaKinen, 1999; Duhamel, 1995; ICN, 2002a; Friedman, 1998), quer em contextos de promoção de saúde ou de situações de doença, mantendo-se como fonte primária de prestação e transmissão de cuidados de saúde.

Definindo a família como um sistema de saúde para seus membros Elsen, Marcon & Silva (2002:12) consideram que esta "*supervisiona o estado de saúde de seus membros, toma decisões quanto aos caminhos que deve seguir nos casos de queixas e de sinais de mal-estar, acompanha e avalia constantemente a saúde e a doença de seus integrantes pedindo auxílio a seus significantes e/ou profissionais*".

Neste âmbito Benjumea (1995), define esta função da família englobando três vertentes: local onde os indivíduos aprendem os comportamentos de saúde e que influencia o desenvolvimento de atitudes e comportamentos face aos seus processos de saúde; espaço de protecção ou precipitador de doença e ainda onde estes recebem cuidados de saúde.

A família é o contexto onde se desenvolvem padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, sendo que a forma como a família é capaz de gerir as transições de saúde de um dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar.

Noutra vertente emerge a família como causadora da saúde ou da doença, em que um ambiente seguro, estável do ponto de vista emocional, com os cuidados e atenções necessárias parecem ser factores de promoção e manutenção da saúde. A família pode apoiar no sentido da reabilitação do seu elemento ou antes reforçar o seu papel de doente e dependente (Friedman, 1998).

Por último surge a família como provedora de cuidados de saúde, verificando-se que pelas alterações sócio demográficas ocorridas na sociedade, a família está adquirindo cada vez maior importância na atenção dispensada na prestação de cuidados aos idosos (Benjumea; 1995; Nettle, Pavelich, Jones, Beltz, Laboon, & Piffer, 1993). Esta torna-se uma dimensão essencial da família, pois o seu funcionamento saudável influencia positivamente a saúde de cada um dos membros, inclusive a promoção de valores e crenças relacionadas com o amor, sexualidade, solidariedade e valor da vida (Friedman, 1998).

Partimos de uma abordagem conceptual da família cimentada no pensamento sistémico, fazendo posteriormente uma análise da família como entidade em mudança, a par dos contextos sócio-demográficos, enfatizando as funções que a família, enquanto unidade, ainda hoje mantém.

Verificamos assim, que além da base sistémica na qual fundamentamos o conceito de família, surge a estrutura e as funções como elementos de base na descrição deste conceito. Definida como um sistema em interacção (Andolfi, 1981; Relvas, 1982; Minuchin, 1990; Sampaio & Gameiro, 2002), é também enfatizada a sua dimensão social (Friedman, 1998; Friedemann, 1999) como grupo com características funcionais semelhantes a outros grupos sociais, mantendo relações e trocas constantes com os outros sub-sistemas da sociedade, dos quais utiliza e fornece recursos.

Caracterizando-se pela sua trajectória evolutiva no sentido da complexificação, com metas que variam ao longo do seu desenvolvimento (Anderson, 2000; Relvas, 1996), a família "*supera e articula dentro dela os vários componentes individuais*" (Andolfi, 1981:19). Com efeito sendo um sistema autónomo autopoiético, os seus membros interagem continuamente para manter um certo equilíbrio numa trajectória de evolução constante (Duhamel, 1995), sendo cada um deles também autónomo, atribuindo individualmente significados aos processos, de acordo com as suas perspectivas individuais e os significados que vão atribuindo às situações (Ângelo, 1997, cit. por Oliveira & Ângelo, 2000).

Da interdependência entre os seus elementos, expressa nos processos interaccionais, emerge um contexto de coesão e co-variação, em que todos, encontrando-se em interacção, formam uma totalidade coerente. Integrada num espaço físico e relacional específico, com características culturais e políticas definidas, a família constrói uma história exclusiva ao longo da sua existência (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001; Duhamel, 1995) com uma estrutura e organização própria.

Realçamos a definição de família descrita na CIPE® (ICN, 2006:171), como um "*Grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou de legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo*". Incluindo a dimensão afectiva como um dos determinantes vinculativos do grupo familiar, definido como uma unidade social, expressa a tendência de auto-definição referida anteriormente, não engloba porém, as questões evolutivas e contextuais que caracterizam a família enquanto sistema aberto e autónomo.

Desta forma, não adoptamos um conceito específico de família, mas antes enfatizamos as suas dimensões sistémicas e ecológicas, que lhe conferem complexidade, num contexto de instabilidade dinâmica a que subjaz as características de globalidade, totalidade, equifinalidade, circularidade e auto-organização.

A família, enquanto grupo, evolui de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo. Sendo um sistema integrado em diversos sistemas, a multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interacções mantidas entre os seus elementos e entre estes e o supra-sistema, confere unicidade a cada família, num contexto de diversidade de famílias.

Entidade dinâmica, co-evolutiva e coerente em termos funcionais, desenvolve-se num processo de mútua interacção com o ambiente, em reciprocidade com o mesmo. Assim a nossa concepção de família integra a dimensão da contextualidade, sendo o ambiente um conceito essencial para a compreensão da mesma.

Adoptando o modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, numa concepção de família em "*desenvolvimento-no-contexto*" (Bronfenbrenner, 1996:23), o ambiente emerge como uma agregação de estruturas interdependentes, numa trajectória interaccional contínua entre a família em crescimento e a transformação permanente do meio, que engloba os contextos imediatos e os mais vastos.

Com a aplicação do modelo ecológico à enfermagem de família, Lackey & Walker (1998), adoptaram os vários níveis estruturais do ambiente, a partir da concepção de família como sistema em interdependência, com estas mesmas estruturas ambientais.

A partir das concepções destes autores (Bronfenbrenner, 1996; Lackey & Walker, 1998), definimos os vários níveis do ambiente total:

- O sistema ontogénico caracterizado pelos comportamentos e crenças do sistema familiar que influenciam o desempenho dos papéis individuais no contexto da família como um todo;
- O microsistema como o contexto imediato onde os membros da família interagem entre si e onde desenvolvem os seus papeis familiares, de acordo com as funções e finalidades do sistema familiar;
- O mesosistema como os contextos mais amplos que integram a rede social da família, onde os membros da família participam activamente e com os quais estabelecem vínculos, englobando quer a família de origem, quer os sistemas mais amplos como a vizinhança, grupos de amigos, trabalho e rede comunitária;
- O exosistema como os contextos que não envolvem os membros da família como participantes activos mas que podem causar perturbação estrutural no microsistema, assim como nas interacções deste com o mesosistema, sendo exemplo as alterações estruturais e organizacionais a nível das instituições de saúde, profissionais e de educação com quem o sistema familiar interage;
- O macrosistema corresponde ao nível mais amplo do ambiente, que integra os padrões institucionais, cultura, sistemas de crenças e ideologias, veiculados ao

nível dos restantes sub-sistemas; por ultimo o cronosistema, como um conceito que subjaz aos vários níveis estruturais do ambiente e que corresponde às mudanças que ocorrem ao longo do tempo, na família e no ambiente, centrado nas transições ecológicas e acidentais.

Sendo então a família uma unidade dinâmica em constante transformação (Sampaio, 2002), consequente à interacção entre o desenvolvimento humano e o ambiente no ecossistema, a saúde familiar constitui-se como uma das finalidades desta unidade, no sentido em que a sua construção dinâmica e complexa advém dos resultados da interacção que se estabelece, através das suas fronteiras, com os restantes sub-sistemas ambientais (Sharon & Denham, 1999).

Neste sentido a saúde familiar perspectiva-se como uma dimensão inerente ao sistema como um todo e às suas partes, que se influenciam nos processos de saúde a nível bio-psico-cultural-ecológico e espiritual (Silva, Gonçalves, Costa, 2007). Integra a saúde de cada membro individualmente, bem como os aspectos da saúde relativos à unidade familiar, incluíndo a saúde e a doença, o individual e o colectivo (Anderson e Tomlinson, 1992: 58, cit. por Hanson 2005). Corresponde desta forma, ao **e**stado dinâmico de bem-estar, ligado à eficácia da adaptação da família às mudanças decorrentes do ciclo de vida, do ambiente ou a associadas a um problema de saúde físico ou mental (Duhamel, 1995).

Mais uma vez esta definição tem por base o princípio da globalidade dos sistemas, em que a saúde de cada membro afecta o funcionamento familiar, que por sua vez influencia a saúde de cada um dos membros (Ângelo & Bousso, 2008**;** Potter, 2005).

A adaptação de cada indivíduo a um problema de saúde resulta assim não só das suas características pessoais, mas também do contexto doméstico (Denham, 1999).

As interacções familiares estabelecidas em situações de stresse proveniente da ocorrência de um problema de saúde (Duhamel, 1995), influenciam, por sua vez, a evolução do problema. Esta reciprocidade entre a dinâmica familiar e a evolução da problemática da saúde ocorre num processo contínuo e temporal (Galera & Villar, 2002), partindo do conceito de co-evolução como um atributo do sistema familiar.

Com efeito, o conceito de saúde familiar está associado à capacidade da família em mobilizar os seus recursos de coping, face a situações de stress, essencialmente os recursos de natureza relacional e afectiva (Hanson & KaaKinen, 1999; Carter & McGoldrick, 1995).

McCubin (1993) refere alguns dos factores que estão associados á capacidade de adaptação da família, perante a situação de doença de um dos membros: a natureza da doença e a sua duração; papéis sociais e familiares do membro com doença, nível sócio-económico da família e etapa do ciclo vital.

Em complementaridade Chesler & Barbarinm (1981, cit. por Duhamel, 1995), descrevem alguns dos domínios familiares em que se pode manifestar o stresse causado por um problema de saúde: plano cognitivo, associado por exemplo a situações de doença crónica na infância e que pode levar a dúvidas relativamente á competência parental; plano emocional, cuja situação problemática pode desencadear sentimentos de ansiedade, tristeza devido à perda de autonomia e alteração de papéis; actividades quotidianas, associado à reorganização de papéis familiares e sociais; relações interpessoais, com alteração dos padrões de interacção com vista a adaptação.

Estas alterações podem implicar a aproximação dos membros no sentido da coesão ou, antes, situações de ambiguidade de papéis e regras, associados com a expressão directa ou indirecta de sentimentos que levam a conflitos entre os membros.

A cultura da família, que segundo Ângelo & Bousso (2008) engloba as crenças e práticas de saúde, determinadas pelos valores familiares, influenciam quer o impacto da situação de stresse em cada um dos domínios referidos, quer o conjunto de estratégias utilizadas, pela família, para se adaptar a alterações internas e/ou externas.

Além da capacidade adaptativa do sistema familiar como componente de promoção da saúde familiar, as capacidades de aprendizagem e desenvolvimento constituem-se, segundo Friedman (1998) como dimensões essenciais na manutenção ou melhoria do funcionamento familiar presente e futuro, face a alterações dos processos de saúde da família.

Para o desenvolvimento destas capacidades, como atributos do sistema, contribuem os processos de formação de identidade, processamento da informação e a estruturação de papéis (Gilliss, Highley, Roberts, Martinson, 1989), assim como os processos de comunicação e cooperação que promovem o desenvolvimento da manutenção de rotinas de saúde individuais e familiares (Sharon & Denham, 1999).

Nesta perspectiva, o conceito de saúde familiar alude a diversos indicadores, perspectivados numa abordagem sistémica do próprio conceito, em conjugação com o conceito de família e ambiente.

A saúde familiar está associada à capacidade da família em desenvolver as suas funções, apresentando uma **"***estrutura e organização flexível para definir objectivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar dos seus membros*" (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001:93).

Assim a flexibilidade da estrutura e a adaptabilidade dos seus membros no sentido de promover o seu desenvolvimento psicossocial (Minuchin, 1990), constituem-se como factores essenciais na promoção, manutenção e restabelecimento da saúde familiar.

A flexibilidade reporta-se à escolha dos papéis familiares e à distribuição de poder, que permite a expressão das diferenças individuais (Whitaker, 1981, cit. por Sampaio &

Gameiro, 2002) e possibilita o crescimento da família através da modificação da sua estrutura. Traduz-se pela capacidade da família em adaptar a estrutura, regras e relações, face a necessidades e evolutivas (Olson, 1986).

Como sistema aberto a família deverá permeabilizar as suas fronteiras no sentido de mobilizar, além dos recursos internos, os recursos externos disponíveis nos diferentes níveis do ambiente, expressando uma interacção dinâmica com outras famílias e outros grupos da comunidade (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001; Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2005), demonstrando capacidade de adaptação, fazendo face às situações com que se confronta.

Para que seja possível a reestruturação adaptativa, a fronteira entre os sub-sistemas deve ser nítida permitindo que os membros possam desempenhar as suas funções, num contexto de clareza e permeabilidade de limites, quer entre os sub-sistemas, quer entre o sistema familiar e o supra-sistema (Minuchin, 1990; Elsen, Althoff & Manfrini, 2001), possibilitando não só o reconhecimento da individualidade dos membros da família, mas também a delimitação do sistema relativamente ao ambiente.

Emerge a convicção da aplicação das regras (Gameiro, 1994), com princípios cimentados no respeito pelos outros, permitindo o desenvolvimento de um sentimento de pertença que não impeça a individualização **(**Whitaker, 1981, cit. por Sampaio & Gameiro, 2002).

Para que a família promova o desenvolvimento individual deve admitir e respeitar as diferenças entre os seus membros, criando espaço para que cada um possa expressar as suas ideias e afectos. Este espaço permite o desenvolvimento harmonioso dos seus membros promovendo a sua autonomia e simultaneamente a união, fomentadora da coesão.

Os membros da família expressam um sentimento de confiança entre si, divertindo-se em conjunto e simultaneamente partilhando as responsabilidades, atribuídas de acordo com a sua posição na estrutura familiar (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001). Segundo as mesmas autoras, a manutenção de tradições e rituais, assim como de crenças religiosas possibilitará a promoção da coesão da família, que se refere, segundo Olson (1986) às ligações dos membros da família entre si.

Os rituais familiares englobam as celebrações de família, habitualmente associadas a eventos religiosos e tradições familiares que traduzem actividades ritualizadas como festas de aniversário ou visitas à família alargada e ainda as interacções padronizadas, que sem um planeamento consciente, são parte da rotina do quotidiano familiar, como o horário das refeições ou as actividades recreativas (Wolin & Bennett, 1984). Representam maioritariamente, actos simbólicos que totalizam, tanto os aspectos do desenvolvimento do ritual, como os relativos à sua preparação, integrando, de acordo

com Roberts (1988:84), "*partes abertas e partes fechadas que se mantém unidas por uma metáfora de orientação*".

Com efeito, os rituais familiares como factores promotores da coesão familiar, são fomentadores do sentimento de continuidade e da visão transgeracional de transmissão de valores (Whitaker, 1981, cit. por Sampaio & Gameiro, 2002). Também Denham (Denham, 2003a) enfatiza esta função associada aos rituais familiares, evidenciando a ligação entre rituais, rotinas, saúde e doença. Sendo no contexto familiar que as famílias co-constroem os seus rituais e rotinas, parece, segundo a mesma autora, que estes têm um papel preponderante sobre os riscos de doença e sobre os processos adaptativos face a uma situação real de doença.

Estes processos traduzem-se pelo padrão de comunicação estabelecido pela família, que deverá permitir que a comunicação seja clara e directa (Potter, 2005), possibilitando a liberdade de expor os sentimentos e de exteriorizar a afectividade, para que todos os membros interagem equilibradamente (Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2005), a partir de "*canais de comunicação e de expressão emocional adequados*" (Gameiro, 1994:15).

A existência da predominância de um padrão de comunicação complementar ou simétrico, assim como os erros da tradução da mensagem, a pontuação discordante das sequências comunicacionais, impedindo a metacomunicação, constituem-se como factores de ineficácia no processo de comunicação (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967).

Em síntese, a saúde familiar é co-construída em torno do desenvolvimento e crescimento da família, enquanto sistema aberto, num contexto e num tempo direccionado à concretização das suas funções (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001), mobilizando recursos internos face aos seus processos de transição (Potter, 2005). A família saudável responderá então às necessidades materiais, emocionais e espirituais dos seus membros (Barker, 2000), considerando as diversas exigências associadas à adaptação ao ciclo de vida familiar (Walsh, 1982).

Efectivamente a saúde é um fenómeno social, traduzido por comportamentos direccionados para o desenvolvimento de famílias e comunidades saudáveis (Allen & Warner, 2002). O risco biológico, estilos de vida, risco social, risco económico e riscos relacionados com acontecimentos de vida são descritos por Hanson (2005) como factores de riscos para a saúde familiar.

A família, em algum momento do seu percurso, manifesta dificuldade na manutenção de um nível de funcionamento adequado às suas necessidades, associada à ineficácia dos mecanismos de *coping* perante perturbações internas e externas. Nesta perspectiva o ICN (2002a) refere-se à família disfuncional como aquela que não consegue resolver

satisfatoriamente os seus problemas, impedindo-a de se adaptar eficazmente às situações de crise.

A família disfuncional é definida na CIPE® (ICN, 2006: 77) como a *"[…] Família incapaz de desenvolver as suas funções e tarefas. Alteração dos papéis na família. Falta de objectivos da família. Indiferença face à mudança. Incapacidade para reconhecer a necessidade de ajuda e para lidar com tensões, stress e crises. Negligência da habitação. Desconfiança para com outras pessoas. Sentimento de falta de esperança*".

Verificamos a congruência com os riscos de saúde referidos anteriormente, assim como com alguns dos conceitos centrais que utilizamos na descrição da saúde familiar. Contudo não está implícito neste conceito o eixo sincrónico e o eixo diacrónico da vida familiar, que permita a compreensão desta definição alicerçada no ecossistémica, considerando que a família se mantém em funcionamento, com base na sua coerência estrutural.

Alguns autores (Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2005), não concordam com esta designação pois, segundo os mesmos, esta rotula a família, como incapaz de funcionar. Efectivamente, o ICN (2002a) refere-se inicialmente a este termo, associando-o a famílias não cumpridoras ou resistentes, o que contradiz a nossa base conceptual de família, enquanto unidade autopoiética.

Por isso é sugerido que a avaliação deve ser baseada nas forças da família, evitando assim esta catalogação não facilitadora da mudança (Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2005). Nesta perspectiva Allen, (2002), reconhece a importância de identificar os recursos da família, para que os profissionais possam conjuntamente com esta, definir estratégias que permitam o desenvolvimento das suas potencialidades, enquanto grupo com um funcionamento próprio e uma organização específica.

Barnhill (1979, cit. por Baker, 2000), agrega quatro categorias básicas, que segundo o autor possibilitam a avaliação da saúde das famílias e que se reportam ao equilíbrio dinâmico entre as várias dimensões interdependentes do sistema familiar:

- Processos de identidade, que se referem ao equilíbrio entre a individualização e o emaranhamento;
- Mudança, como uma categoria associada ao equilíbrio entre a flexibilidade e a rigidez;
- Processamento de informação, que se reporta quer às percepções dos membros da família face às mensagens emitidas, quer à definição dos papéis familiares;
- Estruturação de papéis, que integra o equilíbrio entre a reciprocidade dos papeis;

- Fronteiras intergeracionais, como categoria avaliativa que visa a identificação da delimitação das mesmas, considerando que estas podem ser bem delimitadas ou difusas.

Além destes indicadores de saúde familiar, Fleck (1980, cit. por Baker, 2000) ainda considera outros parâmetros, relacionados com a liderança, afectividade, o desempenho de tarefas, os objectivos e, ainda a comunicação.

A afectividade traduz-se pela preocupação que os membros da família expressam uns pelos outros e o respeito pela individualidade (Curral, 1983; Olson & Defrain, 1994). Ao desempenho de tarefas está subjacente a definição dos papéis familiares, assim como à comunicação subjaz o processamento de informação, integrando a capacidade de resposta de cada elemento no processo comunicacional, a clareza e a congruência da comunicação verbal e não verbal.

A comunicação positiva como indicador de saúde familiar é também mencionada, referindo-se particularmente à partilha de sentimentos e à capacidade de aceitação da discordância.

Para estes autores o bem-estar espiritual e o tempo passado em família constituem-se como factores significativos da saúde familiar. O primeiro reporta-se à transmissão e partilha de valores éticos que permitem o respeito pela privacidade de cada um, enquanto o segundo refere-se à partilha de rituais, partilha de tempos de lazer e a satisfação relativamente às actividades desenvolvidas em conjunto.

Os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros. Assim, os conceitos centrais da enfermagem de família emergem da mutualidade entre saúde e funcionamento familiar e da interdependência entre as dinâmicas familiares e a influência dos membros para a avaliação do todo (Gilliss, 1998; Potter, 2005; Whyte, 1997; Wright & Leahey, 2000, 2005; Elsen, Althoff & Manfrini, 2001; Friedman, 1998; Duhamel, 1995; Hanson & Boyde, 1996) Hanson, 2005; Feetham, Meister, Bell, & Gilliss, 1993 ; Fantin, 2005; ICN, 2002a).

Nesta perspectiva a enfermagem de família, direccionada para as respostas da família a problemas de saúde reais ou potenciais (Wright & Leahey, 2002), tem como finalidade "*promover, manter e restaurar a saúde das famílias*" (Hanson, 2005:8).

Partindo das teorias que informam a enfermagem de família, Hanson & Boyde (1996) enfatizam a reciprocidade entre saúde individual e familiar, assim como a função da unidade familiar relativamente à aprendizagem e desenvolvimento de comportamentos de saúde. Desta forma reafirmam a necessidade de centrar os cuidados de saúde no sistema familiar e não apenas no individuo, além de reconhecerem a importância da família para o desenvolvimento das sociedades.

Da mesma forma, outros autores (Whyte, 1997; Wright & Leahey, 2000; Schober & Affara 2001; Potter, 2005) mencionam como princípios fundamentais da actuação em enfermagem de família a inclusão deliberada da família no planeamento e prestação de cuidados, tendo em consideração as necessidades da família como um todo, e não apenas as necessidades do indivíduo. Sendo a enfermagem de família direccionada para os indivíduos e famílias, com a inclusão de ambos (Robinson, 1995, cit. por Wright & Leahey, 2002), centra-se na aceitação e preocupação por cada membro no sentido do desenvolvimento de forças e mudanças no sistema (Friedemann, 1989, 1999), e simultaneamente considera todos os indivíduos integrados num contexto familiar (Potter, 2005).

Sendo a inclusão das famílias o desígnio central da enfermagem de família, conforme referenciado por Wright & Leahey (2005:9) de que "*Nurses have a commitment and na ethical and moral obligation to involve families in health care*", a prática em enfermagem de família é definida por Friedemann (1998, 1999) como a disposição para envolver o processo de enfermagem às famílias, cujos membros podem estar ou não saudáveis, sendo o foco mais centrado na saúde do que na doença Daí, famílias e membros da família podem ter saúde e ou podem estar perante problemas de saúde, sendo o processo terapêutico dirigido a todos (ICN, 2002a).

A enfermagem de família é dirigida a todos os tipos de famílias, não existindo, segundo Friedman (1998) famílias próprias ou impróprias, adequadas ou inadequadas, sendo a família, enquanto unidade, o alvo dos cuidados em enfermagem de família (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001).

A compreensão da unidade familiar deve ser de acordo com as suas características particulares como família, (Friedman, 1998; Duhamel, 1995) e os enfermeiros devem ser sensíveis á diversidade familiar. Abdicando das concepções de família associadas ao modelo tradicional de família, devem basear o processo interaccional com as famílias partindo da concepção dos indivíduos sobre família e sobre quem é a sua família (Potter, 2005). Reconhecendo que a estrutura, as forças e as fraquezas da família afectam as suas dinâmicas e podem aumentar ou diminuir o seu potencial de saúde (Schober & Affara 2001), a compreensão dos processos familiares é contextual, considerando a sua história, o momento presente e a sua perspectiva para o futuro (Fantin, 2005; ICN, 2002a).

Desta forma Schober & Affara (2001), definem os seguintes elementos chaves nos cuidados centrados na família: colaboração da família em todas as etapas do processo de cuidar; partilha de informação com esta; reconhecimento da sua diversidade cultural e da sua especificidade; reconhecer que esta pode adoptar diferentes estratégias de coping. Em complementaridade, o ICN (2002a) realça a importância do reconhecimento

da experiência vivida pelas famílias nas suas transições de saúde e doença, possibilitando o reforço da interacção familiar e a interacção da família com a equipa da saúde.

A ênfase é colocada nas interacções intra e extra sistema familiar, compreendendo as transições familiares, as fontes de stress, recursos e funcionamento (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001), envolvendo o ambiente no qual o sistema interage (Friedemann, 1989, 1999).

Assim trabalhar com as famílias ajudando-as a identificar problemas e a mobilizar os seus próprios recursos constitui-se o objectivo central da prática em enfermagem de família, participando os enfermeiros no processo de mudança, numa abordagem co-evolutiva, que respeita as forças da família (White, 1997; Duhamel, 1995).

Partindo deste pressuposto, o papel fundamental do enfermeiro é ajudar a que a família encontre as suas próprias soluções para os problemas identificados (Whyte, 1997; Wright & Leahey, 2000), perspectivando a promoção da saúde familiar através do desenvolvimento da família nas suas dimensões cognitivas, afectivas e comportamentais (Ângelo & Bousso, 2008).

Examinando os factores da dinâmica familiar susceptíveis de serem mobilizados nos processos de adaptação da família face a problemas de saúde, assim como a análise dos factores que estão presentes na manutenção das interacções e que as influenciam, o enfermeiro facilitará a ajuda na promoção de novas formas de interacção, que promovam a saúde da família e a sua autonomia (Duhamel, 1995).

A enfermagem de família enfatizando as relações e a reciprocidade, centra-se no fortalecimento e capacitação da família no desenvolvimento de competências que permitam uma vivencia saudável ao longo do seu ciclo de vida, possibilitando que a família faça a gestão dos seus problemas, utilizando mecanismos adaptativos eficazes no sentido da promoção da sua autonomia (Hanson & KaaKinen, 1999; Benjumea, 1995; Hanson & Boyd, 1996; Bomar, 2004; Wright & Leahey, 2002, 2005).

Em suma, a enfermagem de família tem como objectivo a independência da família e dos seus membros, ajudando-a a crescer na sua capacidade de dar resposta às suas necessidades e no desempenho das suas funções, identificando-a como agente do seu processo de desenvolvimento, com direitos e responsabilidades (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001). Para que os enfermeiros sejam efectivamente facilitadores da mudança, Duhamel (1995), baseada essencialmente em Maturana & Varela (2005), destaca a importância de respeitar a realidade da família.

Num contexto conceptual ecológico e em conformidade com os pressupostos já enunciados, Lackey & Walker (1998) enfatizam a adaptação entre o desenvolvimento, numa interacção interdependente cimentada pela reciprocidade. Assim, os autores,

baseados no paradigma ecológico, consideram que a enfermagem de família é centrada na promoção do desenvolvimento da família em que as transições ecológicas ou outras decorrentes de factores de stresse específicos se constituem como oportunidades de mudança.

Também Hanson (2005) na descrição conceptual da enfermagem de família mostra como os conceitos de indivíduo, família e sociedade se intersectam na prática de enfermagem.

Tal como outros autores (Lansberry & Richards, 1992; Wright & Leahey, 2002, 2005; Gilliss, 1993; Friedman, 1998; Schober & Affara, 2001; ICN, 2002a; Friedemann, 1989, 1999; Potter, 2005), também Hanson (2005) descreve os níveis de abordagem em enfermagem de família a partir do conceito de família como contexto ou como cliente, integrando um nível específico em que a família é vista como uma componente da sociedade.

Num primeiro nível, *família como contexto* (Hanson, 2005; ICN, 2002a; Friedman, 1998; Friedemann, 1989, 1999; Potter, 2005), a família é representada como contexto do indivíduo, funcionando como factor de stresse ou recurso para a pessoa. Ou seja, o indivíduo é visto como um sub-sistema do sistema familiar, em que os objectivos são dirigidos á pessoa individualmente enquanto os outros membros da família são considerados apenas como rede de suporte, podendo cada um deles tornar-se cliente do enfermeiro, em momentos simultâneos ou diferentes. Mesmo que dirigidas intervenções para outros membros, o enfermeiro considera-os unicamente como suporte para a pessoa, assim como quando mobiliza recursos do ambiente. O foco é a saúde física e bem-estar de cada membro.

Quando o enfermeiro intervêm na família centrado num dos seus membros, que por exemplo tem uma doença terminal, e simultaneamente dirige a sua acção para quem lhe presta cuidados, continua a intervir neste nível se não tiver em conta as relações interpessoais entre eles (Friedemann, 1999). Outro exemplo são os cuidados prestados às crianças em que o enfermeiro identifica os pontos fortes e as dificuldades da família, no sentido de promover o desenvolvimento infantil (ICN, 2002a).

Num segundo nível, *família como soma dos membros* (Friedman, 1998; ICN, 2002a), designado por Hanson (2005) de *família como cliente*, os cuidados são concedidos aos membros da família individualmente e não se centram na família como unidade. Apesar de Hanson (2005) considerar, neste nível, a família como alvo dos cuidados, ela é vista como a soma dos seus membros, cada um deles considerado uma unidade independente, não sendo dado ênfase às relações e interacções familiares.

Parte-se do pressuposto de que a saúde da família é a soma da saúde de todos os membros, descurando-se os processos de reciprocidade entre as partes, constituídas por cada um dos membros e o todo familiar resultante da complexidade interaccional. Assim,

"cada pessoa é avaliada e os cuidados de saúde são prestados a todos os membros" (Hanson, 2005:10), não sendo a família, enquanto unidade, o foco dos cuidados.

Num terceiro nível, que designamos por intermédio, *sub-sistema familiar como cliente* (Friedman, 1998), *nível interpessoal* (Friedemann, 1989, 1999) ou ainda *nível de sistemas* (ICN, 2002a), os sub-sistemas familiares são o foco da avaliação e intervenção. Apesar dos cuidados, neste nível de abordagem, poderem ser centrados na família como um todo (Friedemann, 1989, 1999), a ênfase é dada às díades e tríades do sistema, considerando que as reacções individuais relacionam-se com as mudanças dos sistemas mais alargados.

Tendo como área de atenção, por exemplo, as relações entre o sub-sistema parental e filial, a dinâmica familiar é avaliada como um indicador da saúde da família no sentido de desenvolver estratégias que apontem para a solução dos problemas ou o fortalecimento do funcionamento familiar, a partir dos seus sub-sistemas.

Este nível envolve o uso de técnicas de comunicação dirigidas ao processo familiar, integrando dimensões avaliativas como os papéis e tomada de decisão, assim como os limites entre os diferentes sub-sistemas.

Num quarto nível, *família como sistema* (Hanson, 2005; Potter, 2005), *família como cliente* (Friedman, 1998; ICN, 2002a), *nível dos sistemas* (Friedemann, 1989, 1999), ou *enfermagem dos sistemas familiares* (Wright & Leahey, 2002), a família, enquanto unidade, é o cliente dos cuidados de enfermagem. A família é a unidade primária para a avaliação e intervenção, conceptualizada como um sistema com funcionamento e estrutura própria, com interacções constantes com os supra-sistemas e os intra-sistemas. A ênfase é dada às interacções entre a família e entre esta e o ambiente. O cliente é o sistema total, em que o objectivo é a mudança nos processos ou estrutura do mesmo, podendo envolver o ambiente no qual o sistema interage. O foco é a saúde familiar e as suas forças, considerando a complexidade das interacções. Inclui as abordagens anteriores que não são mutuamente exclusivas, sendo possível integrar os diferentes pontos de vista sobre família.

Ainda um quinto nível, *família como componente da sociedade* (Hanson, 2005), em que a família é vista como uma das instituições da sociedade, que interage com estas no sentido de receber, trocar ou prestar serviços. Utilizado inicialmente na enfermagem comunitária, em que o foco é a comunidade como sistema, a família é considerada como unidade básica da sociedade a par das outras instituições fazendo parte de um sistema mais vasto da sociedade.

Circunscrevendo-se aos primeiros quatro níveis, o ICN (2002a) refere que apesar da enfermagem de família abranger todos os modelos descritos, o ultimo nível, família como sistema, caracteriza a prática avançada dos cuidados de enfermagem centrados na

família. Efectivamente, segundo Friedemann (1989, 1999) este é o nível que apresenta maior complexidade, pois inclui sempre a mudança sistémica, aspirando-se, por isso, que os enfermeiros tenham treino de técnicas de terapia familiar e podendo ser praticado por enfermeiros especialistas de todas as especialidades de enfermagem.

Friedemann (1989, 1999) refere que na prática de enfermagem de família, o primeiro nível adequa-se ao enfermeiro generalista, podendo eventualmente o nível interpessoal também ser praticado por este, quando aplica técnicas de comunicação dirigidas a mais do que um membro da família e tem em conta as relações interpessoais.

Considera que a actuação no nível sistémico implica habilidades para prever as mudanças nos padrões familiares, o que é corroborado por Schober & Affara (2001), quando referem que este nível de abordagem requer o conhecimento de técnicas avançadas para poder intervir em vários sistemas em interacção. Contudo, ao contrário de Friedemann (1999), consideram que este nível deve ser praticado por enfermeiros especialistas em enfermagem de família e não em qualquer outra área de enfermagem.

Também Gilliss (1991) atribui ao enfermeiro generalista em enfermagem de família a actuação nos dois primeiros níveis, sendo que os níveis que enfatizam as interacções e reciprocidade devem ser exercidos por enfermeiros especialistas nesta área.

Em complementaridade Wright & Leahey (2002, 2005) fazem distinção entre dois níveis da prática de enfermagem de família, designando-os como dois níveis de especialização: generalistas e especialistas. Esta diferenciação relaciona-se com a forma como os enfermeiros conceptualizam a família e a sua filosofia sobre o sistema dentro do qual trabalham. Assim, ao enfermeiro generalista as autoras associam o conceito de família como contexto, em que o enfoque é dirigido ao indivíduo no contexto da família, ou aos membros da família como contexto e suporte para o indivíduo (Wright & Leahey, 1990, 1999b). Coincidindo com os primeiros dois níveis descritos anteriormente, as autoras expõem como exemplo a entrevista efectuada a um membro da família prestador de cuidados, em que o objectivo é essencialmente a avaliação deste membro, que se constitui como alvo de cuidados de enfermagem.

O segundo nível requer a especialização em enfermagem dos sistemas familiares, correspondendo à prática avançada em enfermagem de família. Alicerçada no pensamento sistémico, integrando as teorias da cibernética, sistemas, enfermagem e teorias da terapia familiar, a enfermagem dos sistemas familiares corresponde ao último nível descrito, em que as avaliações de indivíduos e de todo o sistema familiar ocorre de maneira simultânea, concentrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais. O cliente passa a ser o sistema familiar, tornando-se a família a unidade de intervenção (Wright & Leahey, 2002)

Relativamente às práticas nestes dois níveis, Wright & Leahey (1990, 1999b) mencionam o risco de competição entre os enfermeiros que praticam um ou outro nível. Contudo não consideram que um nível seja superior ao outro, sendo que a escolha relativa a cada um depende quer da competência dos enfermeiros, quer do contexto de cuidados.

Apesar da diferenciação entre enfermeiro generalista de enfermagem de família e especialista em enfermagem dos sistemas familiares, correspondendo o primeiro ao nível de formação inicial e o segundo a formação pós-graduada, as autoras (Wright & Leahey, 1990, 1999b, 2002, 2005) reconhecem a possibilidade de os enfermeiros generalistas poderem desenvolver competências direccionadas para a família como cliente, centrando o foco de atenção na interacção e reciprocidade e consequentemente demonstrarem capacidades de intervenção a nível dos sistemas familiar e individual simultaneamente.

Da mesma forma, Bomar (2004), com base nos níveis de perícia descritos por Benner (2001), diferencia os níveis de generalista e especialista em enfermagem de família, a partir da enfase na família como contexto ou na enfermagem dos sistemas familiares. Efectivamente, a autora descreve dois níveis de generalista, que correspondem ao grau de licenciado, localizados nos níveis de *principiante* e *principiante experiente*. Se no primeiro nível a abordagem se reduz ao individuo no contexto da família, o segundo já integra a unidade familiar como cliente.

O nível seguinte, *competente*, que corresponde ao especialista inciado, situado no grau de mestre, amplia o foco para o contexto, nomeadamente para a família extensa. Aos restantes níveis, *eficiente* e *perito*, que se reportam, respectivamente, ao mestre com experiência acrescida e ao doutor, acresce a investigação em enfermagem de família e, no último, o desenvolvimento de conhecimento especifico nesta area.

Concordamos que é essencial que todos os enfermeiros no âmbito dos CSP, desenvolvam competências para cuidar a família, enquanto unidade, numa abordagem de enfermagem dos sistemas familiares, pois a concepção sistémica da família possibilitará a efectivação de um processo de cuidados centrados na capacitação e autonomia do sistema familiar.

Assim, a avaliação e intervenção familiar, requer não só uma estrutura conceptual que forneça os dados que fundamentem a intervenção (Hanson & KaaKinen, 1999), como a utilização de uma metodologia dinâmica e sistematizada. Segundo Friedman & Levac (1998) o processo de enfermagem corresponde a essa metodologia e deve ser utilizado nos cuidados de enfermagem centrados na família.

Esta metodologia é compreendida como um instrumento ou modelo metodológico, tanto para favorecer os cuidados, quanto para organizar as condições necessárias para que os cuidados sejam realizados (Garcia, Nóbrega & Carvalho, 2004), constituindo-se como "*uma forma sistemática de prestar cuidados de enfermagem*" Alfaro-LeFevre (2002:29). É

assim sistemático pela sua abordagem de resolução de problemas, interactivo pela interacção com o cliente dos cuidados e flexível porque permite a adaptação a todos os contextos de cuidados (Doenges & Moorhouse, 1994; Phaneuf, 2001).

A sua aplicação de modo sistemático, planeado e dinâmico, possibilita aos enfermeiros por um lado, identificar, compreender e descrever como as famílias respondem aos problemas de saúde e, por outro lado, determinar que aspectos dessas respostas necessitam de cuidados profissionais específicos. O processo de enfermagem, determina a existência de alguns elementos que são inerentes à prática dos enfermeiros: o que fazem (acções e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre fenómenos humanos específicos (diagnóstico de enfermagem), para alcançar os resultados esperados (resultados sensíveis à acção ou à intervenção de enfermagem) (ICN, 2002b).

Permitindo a organização dos processos de pensamento que levam á planificação dos cuidados a desenvolver (Doenges & Moorhouse, 1994; Phaneuf, 2001), com base numa abordagem colaborativa com a família, que permite a co-evolução processual, a utilização do processo de enfermagem promove um cuidado humanizado (Alfaro-LeFevre, 2002).

Acresce o facto de ser exigente quanto à documentação dos cuidados, procurando que a comunicação seja eficaz, que se previnam erros, omissões e repetições desnecessárias (Alfaro-LeFevre, 2002). Nesta linha de pensamento os cuidados ao serem documentados podem ser, mais tarde, objecto de estudo no sentido de trazer avanços para a enfermagem de família e melhorar a qualidade e eficiência das suas práticas.

O processo de enfermagem foi introduzido nos anos cinquenta como um processo de três fases: avaliação inicial, planeamento e avaliação. Ao longo dos anos, a investigação e a aplicação na prática do processo de enfermagem conduziram a uma expansão das fases iniciais para cinco fases: avaliação, identificação dos problemas, planeamento, implementação e avaliação final (Doenges & Morhouse, 1992).

Para Hanson (2005:167) o processo de enfermagem de família constitui-se como "*um processo contínuo de comunicação bidireccional na interacção entre família e enfermeiro*", que engloba também cinco fases, as quais a autora designa da seguinte forma: avaliação que se reporta à recolha de dados; análise que integra os diagnósticos de enfermagem de família e diagnósticos de enfermagem ao individuo; planeamento que inclui a determinação das prioridades e objectivos; implementação e avaliação dos resultados**.**

As mesmas etapas são descritas por Friedman & Levac (1998), reafirmando a importância da utilização do processo de enfermagem, seja qual for o quadro teórico usado para o desenvolvimento dos cuidados. Para as autoras o que difere na sua

utilização é a concepção do enfermeiro sobre a família e sobre os cuidados á família. Ou seja, se actuar ao nível de família como contexto fará uma avaliação dirigida ao indivíduo e subsequentemente um plano de cuidados em que o indivíduo é o foco dos cuidados e no caso de ter uma abordagem dirigida á família como cliente, a avaliação é dirigida simultaneamente ao indivíduo, aos sub-sistemas e ao sistema familiar.

O processo de enfermagem integrará dois níveis: um dirigido aos membros individualmente e outro dirigido aos sub-sistemas e às dimensões interaccionais do sistema. Esta concepção, inerente aos níveis em que a ênfase é colocada nas interacções e reciprocidade do sistema, implica maior complexidade do processo de cuidar, conforme descrevem Friedman & Levac (1998:50): "*This means the family nurse will utilize the nursing process on two levels- on the individual ando n the family and family sub-system level. Is the case, assessment, diagnosis, planning, intervention, and evolution will be more extensive and complex*".

Todas as etapas do processo de enfermagem, partindo do pensamento sistémico, devem ter em conta, segundo Vasconcellos (2005) os seguintes aspectos: ir de encontro às características auto-organizadoras do sistema familiar, em que o enfermeiro é participante da realidade criada pelo sistema; considerar as relações intersistémicas e as repercussões da sua acção em outros pontos da rede, o qual também o enfermeiro pertence.

Neste contexto julgamos pertinente a descrição de cada uma das etapas do processo de enfermagem de família, considerando que as mesmas são sobreponíveis. Com esta reflexão pretendemos integrar os aspectos relevantes descritos por Friedman & Levac (1998) para cada uma das fases, facilitando a visão articulada e integradora desta metodologia.

Posteriormente analisaremos os modelos de avaliação e intervenção familiar que se constituem como quadro de referência das práticas de enfermagem de família, desenvolvidas de acordo com a metodologia do processo de enfermagem e que enquadram, na generalidade, os indicadores e critérios referenciados pelos autores no contexto do processo terapêutico com as famílias, desde a concepção à execução dos cuidados.

A primeira etapa, correspondente à avaliação familiar, teve o seu desenvolvimento influenciado pelo campo da terapia familiar. A colheita de dados começou a incidir quer na história familiar, quer nos padrões interaccionais do sistema familiar, a partir do reconhecimento da importância de integrar a unidade familiar nas intervenções psicossociais (Josephson, Bernet, Bukstein & Walter, 2007).

Sendo uma etapa interactiva, dinâmica e flexível, Wright & Leahey (2002, 2005) indicam que as situações de avaliação da família se reportam essencialmente a situações da vida

familiar, associadas a transições decorrentes dos processo desenvolvimentais e/ou crises acidentais (doença, problemas da criança ou adolescente, hospitalização de um membro, morte.) Mencionam ainda como indicação de avaliação situações em que a própria família considera que existe um problema que engloba toda a família.

Relativamente aos dados avaliativos, Relvas (1999) reporta-se às dimensões do espaço e do tempo como componentes essenciais da avaliação familiar. A primeira integra as características estruturais e os processos comunicacionais do sistema familiar, enquanto a dimensão do tempo se reporta à história familiar, integrando, segundo a autora, os mitos familiares, as lealdades e os acontecimentos importantes ao longo do percurso desenvolvimental da família.

Nesta perspectiva Friedemann (1989, 1999) considera que, para que haja uma mudança sistémica os enfermeiros deverão ser capazes de avaliar a necessidade dessa mudança, através da análise da organização interna e dos recursos da família. Efectivamente a avaliação familiar deve incidir especialmente na identificação das forças e dos problemas da família, centrando-se nos padrões interaccionais da família (Friedman, 1998; Friedemann, 1989, 1999; Stanhope & Lancaster, 1999; ICN, 2002a; Wright & Leahey, 2002). Para isso são consideradas diversas dimensões de avaliação, congruentes com os dados avaliativos descritos por Relvas (1999), referentes às dimensões do espaço e do tempo familiar.

Friedemann (1989, 1999) integra na avaliação dos processos familiares o poder, papéis e limites, sendo complementado por Stanhope & Lancaster (1999) com as normas, expectativas familiares, mecanismos de tomada de decisão, adaptação familiar às necessidades individuais e adaptação familiar á comunidade. Ainda integramos a capacidade de solução de problemas (Hanson & KaaKinen, 1999; ICN, 2002a; Friedman, 1998), e os factores que influenciam as experiências de saúde e doença (Wheirich, Tavares & Silva, 2004), que possibilitam avaliar o funcionamento familiar e subsequentemente a identificação das forças familiares.

Segundo Friedman (1998) centram-se nas áreas descritas, às quais a autora designa como dimensões expressivas, enfatizando ainda a comunicação; a partilha de crenças sobre a possibilidade de mudança; suporte intrafamiliar como indicador de coesão e as habilidades de autocuidado como a capacidade dos membros da família de se responsabilizarem pela sua saúde.

Salientamos as cinco categorias avaliativas descritas por Duhamel (1995), que permitem a compreensão dos mecanismos de adaptação familiar: crenças, flexibilidade de papéis e regras familiares, padrões de comunicação circular; eficácia das estratégias adaptativas utilizadas pela família e relação estabelecida com os profissionais de saúde.

Outros dados ainda relevantes para a avaliação familiar reportam-se às condições da habitação e à caracterização sociocultural da família (Friedman, 1998; ICN, 2002a). Efectivamente as características do contexto ambiental são também mencionadas por Nettle, Pavelich, Jones, Beltz, Laboon, & Piffer (1993), quando se referem aos instrumentos de avaliação familiar desenvolvidos por Tinkham, Voorhies & McCarthy (1984) e por Clemen-Stone, Eigisti & McGuire (1987).

Os primeiros autores além de integrarem os factores ambientais como uma das quatro categorias avaliativas descritas no seu guia de colheita de dados, englobam as características familiares (papeis familiares, tomada de decisão, práticas do quotidiano como lazer, sono e repouso), os factores culturais e socioeconómicos, a história médica e de saúde. Da mesma forma, com o objectivo de identificar quer as forças das famílias, quer os seus problemas, Clemen-Stone, Eigisti &McGuire (1987), construíram uma escala que integra as características estruturais, características do processo, relações intrasistema e entre este e os sistemas externos, assim como as características do ambiente.

Podemos ainda referir as categorias de avaliação descritas por Stanhope & Lancaster (1999), que se reportam ao ambiente familiar: objectivos para o futuro, estrutura familiar, processo familiar, funções familiares, *coping*, comportamentos de saúde e avaliação da saúde familiar.

As dimensões avaliativas descritas situam-se em conformidade com o que Minuchin (1990) descreve como as dimensões caracterizadoras da família, nomeadamente a sua estrutura que dá resposta às actividades do quotidiano, os processos adaptativos que permitem a continuidade familiar através da reestruturação dos seus padrões e o desenvolvimento da família. Estas dimensões deverão ser consideradas num contexto específico da vida familiar que integra as características do ambiente, quer na sua componente física, quer relacional que engloba os vários níveis estruturais do mesmo.

A fase desenvolvimental em que a família se encontra é um dos dados fulcrais na avaliação familiar (Relvas, 1999; Hanson & KaaKinen, 1999; Friedman 1998; Minuchin, 1990; Barker, 2000), permitindo não só avaliar as dificuldades de transição de uma fase para outra, mas também o padrão transaccional conjugal, o sistema de educação emergente da parentalidade e as relações existentes entre os elementos da família e a comunidade mais alargada.

Para uma avaliação eficaz deve ser estimulada a participação da família, com a presença do maior número de elementos, realçando-se a importância do conhecimento da percepção de todos os membros quanto ao funcionamento da família (Duhamel, 1995; Friedman, 1998). Fontes de dados sobre a família são, as entrevistas, observação no domicílio, registos e dados de outros profissionais.

A avaliação é orientada pela informação e o seu significado, podendo utilizar-se instrumentos de avaliação familiar (Friedman, 1998). Têm sido desenvolvidos instrumentos de avaliação familiar quer no campo da enfermagem ou fora desta, que segundo Bomar (1996) podem ser válidos para a enfermagem.

O genograma é um instrumento utilizado na colheita de dados familiares, possibilitando uma percepção da estrutura familiar e dos seus problemas. Permite a construção de uma perspectiva sobre o passado familiar e dos problemas potencias no futuro, oferecendo informações sobre o desenvolvimento e funcionamento da família.

O genograma permite identificar a estrutura interna e externa, bem como o contexto, possibilitando a compreensão da composição e vínculos da família (Wright & Leahey, 2002; Rempel, Neufeld & Kushner, 2007). Sendo um diagrama visual da árvore genealógica familiar, evidenciando o sistema relacional da família e os principais acontecimentos biográficos, releva a perspectiva transgeracional, assim como algumas crenças e comportamentos específicos. Considerado também como técnica terapêutica activa que permite a compreensão dos contextos culturais e sociais (Gameiro, 1994).

A normalização da percepção das famílias sobre si próprias facilita as interpretações alternativas das experiências familiares, interligando o passado, presente e futuro, permitindo a formulação de hipóteses clínicas dentro do contexto e da história familiar (Wright & Leahey, 2002). Com efeito Benoit (2004) refere que são as informações solicitadas sobre as relações passadas e presentes que se constituem como base para as hipóteses, que podem integrar "*temas, roles y relaciones que pueden ser verificadas buscando más información sobre la família*" McGoldrick & Gerson (1995:36). Representa a arvore familiar de pelo menos três gerações, englobando as relações inter-pessoais e entre os sub-sistemas, podendo integrar as seguintes áreas: estrutura familiar que incluí a composição, o tipo de família, divórcios e separações ocorridos; sobre o sub-sistema fraternal, a ordem de nascimentos, diferença e idade dos filhos; padrões de repetição relativos a comportamentos familiares e padrões de relações; problemas de saúde familiar, integrando situações de violência, maltratos, abusos, delinquência e outros comportamentos aditivos; acontecimentos de vida significativos: traumas familiares e transições (Agostinho & Rebelo, 1988; McGoldrick & Gerson, 2003; Bowen, 1978; Hanson & KaaKinen, 1999). Pode ainda incluir dados sobre religião, etnia e migrações (Wright & Leahey, 2002).

Deve ser realizado com o individuo, o casal ou a família, (Benoit, 2004), e iniciar-se com a representação de duas gerações, promovendo a contribuição activa de todos os membros da família. Deve iniciar-se por questões simples e apenas posteriormente integrar dados de exploração dos relacionamentos entre os sub-sistemas, podendo o conteúdo das questões ser dirigido para uma área específica da vida relacional familiar.

A representação dos dados colhidos para a construção do genograma, tem uma simbologia específica, assinalada por diversos autores (McGoldrick, & Gerson, 2003; Revilla, 1993; Agostinho & Rebelo, 1988; Caeiro, 1991; Wright & Leahey, 2002; Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2000) e que lhe confere clareza e funcionalidade, enquanto meio de avaliação familiar.

O genograma é efectivamente um dos instrumentos de avaliação mais utilizados pelos profissionais de saúde, permitindo, segundo Revilla, Constan, Ùbeda, & Casado (1998:28) "*detectar problemas de salud y su relación com la família*". Eficiente para a identificação de necessidades familiares, caracteriza-se pelo seu processo criativo, participativo e crítico (Zuse, Rossato & Backes, 2002), contribuindo para a promoção da abordagem familiar no contexto dos cuidados comunitários (Athayde & Gil, 2005).

Enquanto o genograma incide nas relações e ligações no sistema multi e intergeracional da família, o ecomapa explora as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares (Rempel, Neufeld & Kushner, 2007). Desenvolvido em 1975 por Ann Hartman (Hartman, 1995; Agostinho, 2007), permite avaliar "*o indivíduo, família ou grupo no seu contexto ambiental, permitindo uma visão rápida dos elementos constituintes, as suas interacções e conexões*" (Caeiro, 1991: 31), explorando as ligações estimuladoras ou as que provocam tensão.

Mostrando a natureza das relações entre os membros da família com os sistemas amplos (Wright & Leahey, 2002; Hanson & KaaKinen, 1999), o ecomapa evidencia o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família, através da identificação de pessoas e instituições de referência. Integrando as relações com os serviços da comunidade, os grupos sociais, o trabalho, as relações pessoais significativas e outras específicas da família, para cada umas destas ligações podem ser realçadas três diferentes dimensões: força da ligação; impacto da ligação e qualidade da ligação (Agostinho, 2007).

O uso do ecomapa permite melhorar a compreensão sobre as experiências dos membros da família e das suas redes sociais (Rempel, Neufeld & Kushner, 2007), constituindo-se, segundo Mello, Viera, Simpionato, Biasoli-Alves, & Nascimento (2005) como uma ferramenta para ordenar as informações sobre a interacção entre a família e o meio.

Tanto o genograma como o ecomapa têm sido descritos como instrumentos de avaliação familiar muito úteis para a compreensão dos processos familiares (Nascimento, Rocha & Hayes, 2005; Wright & Leahey, 2002, Hanson, 2005; Caeiro, 1991), além de contribuírem para o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa. Simpionato, Correia & Rocha (2005) referem que os enfermeiros que utilizam estes instrumentos envolvem-se mais com as famílias, além da possibilidade delas próprias fazerem uma apreciação

positiva da sua vida a partir de um entendimento mais profundo das suas circunstâncias pessoais.

A psicofigura de Mitchel, referenciada por Caeiro (1991), como fazendo parte do genograma ou do ecomapa, representa as relações inter-familiares, conforme percepcionadas pelos membros da família. Pode também ser apresentada à parte do genograma (Martins, Fonseca & Costa, 2000; Marau, 2007), pretendendo-se que sejam os elementos da família a interligar as figuras com as linhas, que representam os diferentes tipos de relação entre si.

Referenciamos a seguir outros instrumentos utilizados no contexto clínico de enfermagem e cuja nossa experiência os permite identificar como apoio no processo de cuidados com as famílias (Silva & Figueiredo, 2006).

O APGAR Familiar, criado por *Gabriel Smilkstein,* da Universidade de *Washington* em *Seattle,* em 1978, constituiu-se como uma tentativa de responder às necessidades de avaliação do funcionamento das famílias (Smilkstein, 1978, 1984; Smilkstein, Ashworth & Montano, 1982). Esta escala tem como fundamento a crença que os membros da família percebem o funcionamento familiar e são capazes de manifestar o grau de satisfação no cumprimento dos parâmetros básicos da função familiar, avaliando a família como funcional ou disfuncional.

A sigla APGAR deriva da integração de cinco variáveis de avaliação do funcionamento familiar:

- Adaptação (*Adaptability*) que se reporta à partilha de recursos e a satisfação dos membros da família relativamente à assistência recebida pela família;
- Participação (*Partnership*), respeitante ao modo como as decisões são partilhadas e à satisfação sobre a reciprocidade dos processos comunicacionais;
- Crescimento (*Growth*), relacionada com a percepção sobre a flexibilidade familiar relativa à mudança de papéis e à concretização do crescimento individual;
- Afecto (*Affection*), associado à satisfação sobre a partilha das experiências emocionais e a intimidade e interacção inerente a essa partilha;
- Decisão (*Resolv*e), referente à satisfação da partilha do tempo, espaço e recursos, no contexto familiar.

Esta escala é composta por duas partes. A primeira tem 5 perguntas, correspondentes ao grau de satisfação dos indivíduos relativamente às variáveis descritas. A segunda engloba três possíveis respostas, tendo cada uma, uma pontuação que varia numa escala de 0 a 10, relativa à percepção sobre o grau de funcionamento da família: altamente funcional (7 a 10 pontos) com moderada disfunção (4 a 6 pontos) e com disfunção acentuada (0 a 3 pontos).

Smilkstein (1984), identifica quatro situações de utilização prioritária desta escala, nomeadamente: cuidados domiciliários de uma pessoa com doença crónica ou terminal; primeira abordagem com a família; quando a família referencia a existência de um problema familiar; quando os comportamentos dos indivíduos sugerem a existência de problemas psicossociais. As situações individuais de múltipla sintomatologia são enfatizadas por Arias & Herrera (1994), como requerendo a avaliação da percepção da funcionalidade familiar, assim como os sintomas associados a alteração do estado afectivo e emocional, nomeadamente ansiedade, depressão e stresse (Bluestein & Rutledge, 1993; Clover, Abell, Becker & Crawford, 1989).

A vantagem deste instrumento de avaliação, de rápida utilização, prende-se essencialmente com a possibilidade de identificação de situações de risco associadas a uma área de funcionamento familiar. Bastante utilizado, os estudos de validade e confiabilidade permitirem a sua aplicação com segurança (Agostinho & Rebelo, 1988; Marinheiro, 2002). Neste sentido Shortridge-Baggett, Malmgreen & Wantroba (2004), recomendam a sua utilização na prática clínica com as famílias, enfatizando a sua utilidade para direccionar a avaliação que permitirá a identificação de necessidades efectivas do sistema familiar.

Se o APGAR familiar se relaciona com a percepção dos membros relativamente à funcionalidade familiar, sabemos que as mudanças ocorridas ao longo do ciclo vital inerentes ao seu desenvolvimento determinam um tempo e um espaço próprio na vida da família, com flutuações que lhe conferem unicidade. Estas estão relacionadas com os acontecimentos de vida, normativos ou acidentais, cujo impacto é determinado pela estrutura da família, onde se integram os seus padrões adaptativos.

O instrumento mais utilizado para medir eventos vitais tem sido a *Social Readjustement Rating Scales* (SRRS) de Holmes e Rahe (1967), traduzida em Português para Escala de Reajustamento Social (Savoia, 1999; Souza, Barbieri, Gomes & Barbosa, 2001) ou Escala de Readaptação Social (Caeiro, 1991).

Representado por um questionário auto-administrado com uma lista de 43 eventos, correlaciona os eventos de vida com o stresse e a doença, tendo como base os acontecimentos ocorridos num passado recente, circunscrito a um ano. Efectivamente os autores (Holmes & Rahe, 1967), identificaram uma correlação significativa entre as situações de stresse/crise e o possível aparecimento de doenças psicossomáticas, dependendo do tipo, quantidade e intensidade dos acontecimentos a que um dado indivíduo está submetido. Constataram ainda, que o risco de doença aumentava à medida que as unidades de mudança de vida se acumulavam.

A cada uma das situações de vida que integram a escala é atribuída uma pontuação, numa escala de 11 a 100. Integra eventos significativos, como divórcio, nascimento de

criança na família, morte na família, mudanças no trabalho e outros, que representam as situações normativas ou acidentais do desenvolvimento familiar e individual. Tendo por base esta escala, quando o *score* obtido é superior a 300, sugere a probabilidade, de 80%, da ocorrência de doença física ou mental, em um ou vários elementos da família (Caeiro, 1991). Adaptada à família, permite avaliar e quantificar as dificuldades vividas pela família no período de um ano, determinando a probabilidade de algum dos membros vir a desenvolver uma doença psicossomática.

A crise implica reestruturação familiar, dependendo da natureza dos acontecimentos geradores de stresse e da simultaneidade dos mesmos. O estudo fenomenológico desenvolvido por Souza, Barbieri, Gomes & Barbosa (2001), demonstrou que o impacto do acontecimento depende essencialmente do sujeito que a vive e dos significados que atribui ao mesmo. Numa perspectiva da família, enquanto unidade ecossistémica, é necessário explorar as capacidades que esta dispõe para lidar com as situações geradoras de stresse e, além disso, considerar a sua estrutura básica, os recursos internos e externos, a percepção sobre a situação, associada ao sistema de valores da família.

Referenciada por Masuda e Holmes (1978) como um instrumento útil para explorar as diferenças entre grupos, quanto ao impacto dos acontecimentos de vida, a utilização da Escala de Readaptação Social, no contexto clínico, tem-nos permitido explorar a natureza das transições familiares, num tempo recente da vida da família, e desta forma, contribuir para ajustar o processo terapêutico.

À percepção da funcionalidade da família obtida a partir da exploração do APGAR Familiar, complementada com a avaliação dos eventos de stresse no percurso desenvolvimental da família, acresce o Círculo Familiar de Thrower (Thrower, Bruce & Walton, 1967; Thrower, 1988) que se constitui como um modelo de representação familiar, breve e projectivo que permite explorar a dinâmica familiar.

Sendo uma representação gráfica do "*valor que têm para o indivíduo as pessoas (familiares, amigos, etc.) e ainda alguns objectos e seres que lhe são próximos*" (Caeiro, 1991:36), pode ser usado, segundo Marau (2007), como facilitador da comunicação ou como estratégia para a identificação de necessidades. A partir de um círculo desenhado pelo profissional, é pedido ao indivíduo que desenhe pequenos círculos, representativos dos elementos da sua família ou outras pessoas e/ou seres significativos. Para a compreensão das relações e os sentimentos que cada membro da família nutre pelos restantes, assim como para a enfatização das relações positivas, é fundamental a explicação dada pelos membros da família, face á sua representação individual dos elementos significativos. Esta análise permite também a cada elemento a

consciencialização de sentimentos e emoções relacionados com o seu bem-estar na família (Marau, 2007).

Conjugando as variáveis familiares integradas nos instrumentos de avaliação familiar descritos anteriormente, o Modelo Circumplexo desenvolvido por Olson e colaboradores (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1982; 1985; 1992) explora o funcionamento das famílias, a partir de dois conceitos principais: a coesão e a adaptabilidade familiar.

A coesão familiar descreve a ligação emocional entre os membros da família, resultante do equilíbrio dinâmico entre as necessidades de individuação e de autonomia, por um lado, e de afiliação e de identificação, por outro (Olson, 1997; Fernandes, 1995; Curral, Dourado, Torres, Barros, Pilha, & Almeida, 1999; Martins, 2003; Fernandes, 2005; Caeiro, 1991). Para avaliação desta dimensão, o modelo íntegra as seguintes variáveis: laços emocionais; limites familiares; coligações; tempo; espaço; amigos; decisões; interesses e lazer (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1982; 1985; 1992; Fernandes, 1995).

Estas variáveis irão permitir encontrar um posicionamento classificativo das famílias relativamente à coesão: desmembrada; separada; ligada; muito ligada.

As famílias que se encontram nos níveis centrais de coesão (separada e ligada) possuem um bom funcionamento familiar, estando os elementos da família aptos para serem simultaneamente independentes e ligados à família. Por sua vez, aquelas que se encontram nos níveis extremos (desmembrada e muito ligada) normalmente são vistas como problemáticas (Olson, 1988). Quando os níveis de coesão estão muito altos (muito ligada), existe demasiado consenso dentro da família e muito pouca independência, que implica limites difusos entre os sub-sistemas, evidenciando-se o emaranhamento. No outro extremo (desmembrada), cada membro realiza as suas actividades com o mínimo de ligação e de compromisso para com a família, salientando-se a rigidez estrutural (Olson, 1988).

Por sua vez, a adaptabilidade familiar, é entendida como a capacidade de mudança do sistema familiar, quando enfrenta situações de stresse, desenvolvimental ou acidental, que remetem para alterações na liderança, papéis e regras. (Olson, 1997; Fernandes, 1995; Curral, Dourado, Torres, Barros, Pilha, & Almeida, 1999; Martins, 2003; Fernandes, 2005; Caeiro, 1991). A esta dimensão estão associados seis conceitos fulcrais do funcionamento familiar: imposição; liderança; disciplina; negociação; papéis e regras.

O modelo diferencia assim, quatro categorias de adaptabilidade familiar, que permitem classificar a família em rígida, estruturada, flexível e caótica. Tal como acontece na coesão, os níveis centrais de adaptabilidade (estruturada e flexível) produzem um melhor funcionamento familiar. Por sua vez, os níveis mais extremos de adaptabilidade (rígida e

caótica) são os mais problemáticos para as famílias à medida que passam pelas diversas etapas do ciclo vital (Olson, 1988).

As famílias necessitam tanto de estabilidade como da mudança e da capacidade de mudar quando necessário, mantendo um equilíbrio dinâmico entre os seus processos de morfoestase e de morfogénese. Compreende-se assim, nesta perspectiva, que os estados extremos são entendidos como disfuncionais.

Da combinação dos quatro níveis de coesão com os quatro níveis da adaptabilidade obtém-se uma tabela de dezasseis tipos de sistemas familiares agrupado em três tipos mais gerais: equilibrado (valores médios para as duas dimensões), meio-termo (valores médios para uma dimensão) e extremo (valores extremos para as duas dimensões).

Mais tarde, foi integrada no Modelo Circumplexo uma terceira dimensão, relativamente à comunicação (Caeiro, 1991). Considerada como facilitadora das mudanças no sistema familiar, considera-se que, as famílias equilibradas possuem e utilizam melhor os seus canais de comunicação do que as famílias extremas. Capacidades comunicacionais positivas, como por exemplo, empatia, escuta e apoio, permite aos membros da família partilharem uns com os outros as suas necessidades e preferências, que se encontram em constante mudança. Por sua vez, capacidades comunicacionais negativas, como por exemplo, mensagens duplas e criticismos, minimizam a capacidade da família de partilhar os seus sentimentos (Olson, 1988).

O Modelo Circumplexo constitui-se assim como um modelo de avaliação familiar que interliga as componentes da teoria e da investigação com a prática clínica (Olson & Gorall, 2003). No processo de validação do funcionamento familiar, face à utilização deste modelo, é necessário considerar a singularidade e unicidade da família. Com efeito a etapa do ciclo vital influencia os resultados, sendo de esperar, por exemplo "*que as famílias com filhos adolescentes apresentem valores mais baixos em ambas as dimensões, comparativamente com o que acontece nas fases anteriores*" (Relvas, 1999:59). Além dos factores associados ao desenvolvimento normativo, as questões étnicas e culturais também influenciam os níveis de coesão e adaptabilidade do sistema familiar.

O Modelo Circumplexo de Olson, tem duas escalas associadas, *Cinical Rating Scale* (CRS) e *Family Adaptability and Cohesion Scale* (FACES). A FACES é um questionário individual de auto-avaliação do funcionamento familiar (ou do casal), do qual existem quatro versões desenvolvidas pelos mesmos autores do Modelo Circumplexo (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1982; 1985; 1991; 2003; 2006; Olson, 1982; 1986; 1991).

A FACES original foi desenvolvida em 1978 (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1985), tendo as primeiras três versões (FACES I, FACES II, FACES III) sido

utilizadas em diversos estudos, comprovando as relações entre as dimensões coesão, flexibilidade e a saúde familiar (Kouneski, 2000). A versão IV, apresentada em 2005, integra seis novos tipos de famílias (Olson & Gorall, 2006), ainda não se encontrando traduzida nem validada para a população portuguesa.

A FACES II é a segunda versão da Family Adaptability and Cohesion Scale de Olson, Joyce, Portner e Bell (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1982; 1985; 1992), classificando as famílias/casais no modelo Circumplexo de Olson (Fernandes, 1995; Lourenço, 1998). A escala é constituída por trinta itens, dezasseis pertencentes à dimensão coesão e os restantes catorze à dimensão adaptabilidade. Cada questão é respondida numa escala de 1 a 5: quase nunca, de vez em quando, às vezes, muitas vezes e quase sempre. Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson (1992) aconselham que a FACES II seja usada num registo linear, sendo as famílias categorizadas em 4 tipos gerais: extremas, intermédias, moderadamente equilibradas e equilibradas (Lourenço, 1998).

Esta escala tem sido utilizada em diversos trabalhos de investigação realizados em Portugal, no âmbito de diversas áreas do conhecimento (Pereira, Barbosa, Sousa, Santiago, & Lima, 2002; Ribeiro, Pires & Sousa, 2004; Matos, 2007; Lourenço, 1998; Fernandes, 1995) apesar da versão português da FACES III (Curral, Dourado, Torres, Barros, Pilha, & Almeida, 1999). São inventariadas por Fernandes (1995), algumas vantagens desta versão sobre a FACES III, nomeadamente na consistência interna, na correlação mais elevada entre a coesão e adaptabilidade e o valor da validade concorrente mais elevado, sobretudo em relação a adaptabilidade familiar.

Esta escala é de fácil administração e cotação, bem como de grande utilidade na avaliação da diversidade étnica (Fernandes, 1995), podendo ser administrado individualmente ou em grupo. Sampaio (1988) refere a sua utilidade em todas as situações que requeiram a realização de uma avaliação familiar, permitindo, segundo Martins (2002:175) "*inferir sobre as áreas do funcionamento familiar*".

Numa abordagem multidimensional da saúde familiar, apresentamos ainda a Escala de Graffar, que avalia as condições sócio-económicas da família com vista a identificar a sua classe social. Permite prever as condições de risco, assim como alterações a nível de comportamentos de saúde e desenvolvimento psicossocial. Habitualmente o baixo estatuto sócio-económico está associado a défices e dificuldades diversas, relacionadas com a dificuldade de acessibilidade aos recursos materiais, sociais, políticos e económicos, em que a pobreza "*gera dificuldades de orientação para o futuro e preocupações sobre estilo de vida saudável*" (Ângelo & Bousso, 2008:3).

A classificação social de Graffar está bastante difundida e aplicada no espaço europeu (Marinheiro, 2002), sendo relativamente simples e rápida de usar. A primeira

classificação surgiu em 1956 (Graffar, 1956), surgindo da necessidade de conhecer a população, do ponto de vista demográfico e sócio-económico. Em 1990 a referida escala foi adaptada por Fausto Amaro para a população portuguesa, sendo actualizada em 2001 (Amaro, 2001).

As características da família colocá-la-ão num dos cinco graus de cada um destes itens: profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto da zona de habitação. Ao grau 1 corresponde a pontuação 1, ao grau 2, a pontuação 2 e assim sucessivamente. O somatório destas pontuações permite incluir a família numa das seguintes posições sociais: classe alta (I): de 5 a 9; classe média alta (II) de 10 a 13; classe média (III) de 14 a 17; classe média baixa (IV) de 18 a 21; classe baixa (V) de 22 a 25.

Em síntese, a utilização dos instrumentos de avaliação familiar favorecem a comunicação terapêutica e possibilitam a compreensão da funcionalidade familiar. Contudo não têm valor diagnóstico e devem ser integrados numa avaliação aprofundada das diversas áreas da vida familiar, possibilitando a formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela família (Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2004). Com efeito, segundo as autoras, a análise dos dados, conforme vão sendo obtidos, permite aos enfermeiros a formulação de diagnósticos ou direccionarem a avaliação para outras áreas familiares.

A segunda etapa do processo de enfermagem, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) corresponde à análise da informação colhida, englobando os diagnósticos de enfermagem, como um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família e comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais e proporcionando a base para a selecção das intervenções de enfermagem (NANDA, 2002). Sendo definidos por Lunney (2004:21) como "*um processo complexo que envolve a interpretação do comportamento humano relacionado á saúde*", a autora descreve três processos interdependentes subjacentes a esta etapa: interpessoais, técnicos e intelectuais. Os primeiros correspondem à interacção com os clientes e outros profissionais para a colheita de dados e tomada de decisão. Os processos técnicos referem-se ao uso de competências e instrumentos que permitiram a avaliação do indivíduo e família, enquanto os processos intelectuais integram o pensamento crítico para a colheita, análise de dados e tomada de decisão. A interdependência destes processos possibilita o melhor conhecimento das respostas físicas e emocionais dos indivíduos e famílias (Silva, 2006), representando os diagnósticos os focos clínicos da ciência de enfermagem (Gordon, 1982).

No âmbito específico da enfermagem de família Hanson & KaaKinen (1999) definem o diagnóstico como a opinião clínica dos enfermeiros relativamente aos problemas

identificados na família, designando-os como *diagnósticos de enfermagem familiar*. Estes devem ser baseado naquilo que a família considera como principais preocupações da família, derivando dos dados colhidos na avaliação familiar direccionados para o sistema, enquanto unidade, sub-sistemas e problemas de saúde individuais (Friedman, 1998).

Podem, segundo Hanson (2004), traduzir as dimensões funcionais, estruturais ou de desenvolvimento da família, reflectindo uma estrutura taxonómica como a NANDA, de onde se podem retirar os diagnósticos direccionados para a família, como um todo. Esta associação tem desenvolvido desde o inicio da década de setenta do séc. XX um sistema taxonómico de classificação dos diagnósticos, com o objectivo de padronização da linguagem, estabelecendo regras para a utilização de determinados termos (Cruz, 2001). Em 1989 foi publicada a Taxonomia I, cimentada numa estrutura constituída por nove categorias designadas como padrões de respostas humanas (NANDA, 2000).

Com base nesta classificação Friedman (1998) definiu os diagnósticos relevantes em enfermagem de família, partindo dum referencial estruturo-funcional e interaccional, que integram dimensões associadas ao conflito e transição de papéis, problemas parentais, conflitos de valores e problemas na comunicação. Nesta perspectiva, apresenta um conjunto de diagnósticos, baseados na descrição de McFarland & McFarlane (1993): processo familiar alterado; parentalidade alterada; conflito do papel parental; alteração do desempenho de papéis; *coping* familiar ineficaz; adaptação prejudicada; luto disfuncional; alto risco de violência; isolamento social; interacção social prejudicada; alteração da manutenção da saúde; manutenção e gestão da casa prejudicada; padrões da sexualidade alterados; impotência; nutrição alterada; padrões de eliminação alterados; inadequação das condições sanitárias; comportamento de procura de saúde; conhecimento deficiente.

Friedman (1998) evidencia que esta taxonomia não sendo alicerçada em teorias que fundamentem o juízo clínico, implica que a decisão relativa ao mesmo esteja dependente da percepção individual de cada enfermeiro. Refere ainda o facto de os diagnósticos de NANDA serem essencialmente direccionados para o indivíduo e para a doença, limitando assim a descrição das necessidades identificadas, tendo a família como cliente. Nesta perspectiva Donnelly (1990) considera que as situações familiares representadas na estrutura taxonómica de NANDA se circunscrevem ao *coping* familiar, processos familiares, parentalidade e papel parental.

Ainda com base nesta taxonomia Thomas, Barnard & Sumner (1993) apresentaram um instrumento de avaliação baseado nas seguintes categorias diagnósticas: processo familiar; *coping* familiar; parentalidade; manutenção e gestão da saúde e manutenção e gestão do lar.

Posteriormente, em 2001, surgiu a Taxonomia II, englobando sete eixos, cada um deles representando uma dimensão da resposta humana, a considerar no processo diagnóstico (NANDA, 2002): conceito diagnóstico; tempo; unidade de cuidado que se reporta à entidade específica para a qual o diagnóstico é determinado; idade; estado de saúde cujos valores podem ser bem-estar, risco ou real; descritor que indica o julgamento de enfermagem e topologia que designa partes ou regiões do corpo. Na globalidade esta nova versão integra 13 domínios, 106 classes e 155 diagnósticos. Os domínios centram-se essencialmente em dimensões individuais (promoção da saúde, nutrição, eliminação, actividade/repouso, percepção/cognição, autopercepção, relacionamentos de papel, sexualidade, tolerância ao stresse, princípios de vida, segurança, conforto e crescimento/desenvolvimento). Reforçamos a opinião de Friedman (1998), no sentido em que os mesmos se mantém predominantemente direccionados para o indivíduo, emergindo apenas "*relações familiares*" (Braga & Cruz, 2003:242), como uma classe diagnóstica explicitamente centrada no sistema familiar.

Podemos ainda referir um conjunto de diagnósticos, na sua maioria aprovados pela NANDA (Carpenito, 2003), fazendo uma descrição dos mesmos e integrando as características definidoras, factores de risco ou factores relacionados. Constatamos que dos cento e trinta e sete diagnósticos apresentados, apenas seis se direccionam para situações familiares, nomeadamente no âmbito do *coping* familiar (estratégias ineficazes de resolução familiar: potencial para crescimento; estratégias ineficazes de resolução familiar: comprometedoras; estratégias ineficazes de resolução familiar: incapacitantes.); processo familiar (processos familiares alterados: alcoolismo); regime terapêutico (Controle ineficaz do regime terapêutico: familiar) e parentalidade (paternidade/ maternidade alterada).

A definição dos diagnósticos remete-nos para áreas associadas ao funcionamento da família, enfatizando os seus processos adaptativos face a stressores internos e externos. Contudo as suas características definidoras são direccionadas para o indivíduo, não estando subjacentes características do sistema familiar que possibilitem a identificação de necessidades, tendo a família como cliente dos cuidados.

Paralelamente ao desenvolvimento destas taxonomias, o ICN, pretendendo estabelecer uma linguagem comum que descrevesse a prática de enfermagem, publicou em 1996 a primeira versão da CIPE®, designada como versão alfa. Posteriormente foram publicadas a versão ß em 1999, versão ß2 em 2001 e a versão 1.0 em 2005.

Esta classificação, é sem dúvida uma ferramenta que contribui para a concretização da missão do CIE, no sentido do desenvolvimento da profissão de enfermagem, permitindo aos enfermeiros descrever, analisar e comparar práticas de cuidados de enfermagem aos níveis local, regional, nacional e internacional.

Definida como uma terminologia combinatória para a prática de enfermagem que integra "*fenómenos de enfermagem, acções e resultados. […] que pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes se possam entrecruzar, de modo a permitir comparar dados de enfermagem*" (ICN, 2002b:xiii). A utilização da CIPE®, possibilita assim, o estabelecimento de uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem; descrever os cuidados de enfermagem prestados às pessoas (indivíduos, famílias e comunidades), a nível mundial; comparar dados de enfermagem entre populações de clientes, contextos, áreas geográficas e tempo; estimular a investigação em enfermagem através da relação com os dados disponíveis nos sistemas de informação de enfermagem (SIE) e da saúde; fornecer dados sobre a prática de enfermagem de forma a influenciar a formação de enfermeiros e as políticas de saúde; projectar tendências sobre as necessidades dos clientes, prestação de cuidados de enfermagem, utilização de recursos e resultados dos cuidados de enfermagem (ICN, 2006).

Relativamente à estrutura e organização da CIPE®, quer a versão ß (1999), quer a ß2 (2002)**,** integram dois eixos, um para a classificação dos fenómenos de enfermagem e outro para a classificação das acções de enfermagem. A Versão 1.0, compatível com as normas da International Organization for Standardization - ISO/FDIS 18104:2003 (E), que integra um modelo de referência de terminologia em enfermagem. Com uma estrutura simplificada, esta versão organiza-se em apenas sete eixos, facilitando o desenvolvimento de catálogos de enfermagem (ICN, 2006). Os catálogos pretendem integrar conjuntos de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, visando a simplificação da documentação dos cuidados de enfermagem, sendo a enfermagem de família definida como uma das áreas prioritárias para o desenvolvimento de catálogos.

Neste contexto o diagnóstico de enfermagem é definido como *"[…] a decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem*" (ICN, 2002b:xv), que integra o estado do cliente, problemas, necessidades e potencialidades. Formulado com base no foco da prática de enfermagem como sendo uma "*Área de atenção relevante para a enfermagem*" (ICN, 2006: 29) deve conter, no seu enunciado, além de um termo do eixo do foco, um termo do eixo do juízo e opcionalmente pode incluir termos adicionais dos outros eixos ou ainda dos mesmos eixos, conforme a construção do enunciado tenha por base, respectivamente, a versão ß2 ou a versão 1.0.

Sobre as áreas de atenção direccionadas à família, que possibilitam a formulação de diagnósticos, verificamos na CIPE® versão ß2 (ICN, 2002b), que estas se centram no processo familiar, composição familiar e dimensão da família. Relativamente ao processo familiar, definido como *"[…] um tipo de fenómeno de enfermagem da família com as*

seguintes características específicas: interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família" (ICN, 2002b:65), integra como focos mais específicos o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e a paternidade, considerados como tipos de processo familiar.

O processo familiar mantém-se como área de atenção de enfermagem na CIPE® versão 1.0 (ICN, 2006), com a mesma descrição definitória, englobando os seguintes focos: família disfuncional, crise familiar e planeamento familiar. Constata-se, neste caso, a desvalorização da satisfação conjugal como área de atenção relevante para a enfermagem e a integração da parentalidade, em vez da paternidade, definida como "*Acção de Tomar Conta […]"* (ICN, 2006:43), que integra as expectativas da família relativamente à adequação do papel parental, mas não a expressando como uma dimensão familiar. Da mesma forma a adaptação à parentalidade surge como uma acção de parentalidade, cuja definição apenas se centra nos comportamentos individuais que permitem a transição para o papel de pai ou de mãe.

Com efeito, o processo familiar, como uma área de atenção relevante para a enfermagem, centralizada nas interacções familiares, é definido por Hanson (2005:94) como "*a interacção contínua entre membros da família, através do qual, eles realizam as suas tarefas instrumentais e expressivas […]"*, integrando as seguintes áreas: papeis, comunicação, poder, tomada de decisão, satisfação conjugal e estratégias de *coping*.

Se considerarmos também as áreas avaliativas descritas anteriormente, alicerçadas em diversos autores (Relvas, 1999; Hanson & KaaKinen, 1999; Friedman 1998; Minuchin, 1990; Barker, 2000; ICN, 2002a; Friedemann, M, 1989, 1999; Stanhope & Lancaster, 1999; Thomas, Barnard & Sumner, 1993), a partir das quais é possível a identificação de necessidades com a família, verificamos que, apesar das taxonomias mencionadas possibilitarem a utilização de qualquer modelo conceptual, estas não integram como focos da prática de enfermagem muitas das áreas relevantes no âmbito da enfermagem de família, nomeadamente: padrões estruturais; processos adaptativos, incluindo a solução de problemas e *coping* familiar; o desenvolvimento, no que se refere à etapa em que a família se localiza e a forma como desenvolveram as transições ecológicas, integrando os aspectos fulcrais relativos à conjugalidade e parentalidade; o ambiente, onde podemos englobar a interacção social com a família de origem e os sistemas amplos, assim como os aspectos do ambiente relacionados com a habitação e características socioculturais; os processos comunicacionais, entre outras áreas mencionadas anteriormente.

Contudo, apesar destas limitações, julgamos que a CIPE®, enquanto sistema unificador da linguagem de enfermagem, deverá desenvolver-se no sentido de integrar focos da prática de enfermagem direccionados para a enfermagem dos sistemas familiares.

Efectivamente a OE (2005:165) recomenda que a CIPE® "*seja um instrumento para a sistematização dos cuidados a prestar á pessoa, família e comunidade, que permita a definição de indicadores de qualidade, com visibilidade dos ganhos em saúde relativos aos cuidados de enfermagem*", sendo que esta classificação deverá incluir termos que permitam descrever a prática dos cuidados dirigidos às famílias, enquanto unidade de cuidados.

Discutimos o processo diagnóstico como uma etapa essencial no processo de cuidados de enfermagem, pela possibilidade de identificar com as famílias as suas reais necessidades, além de analisarmos as diferentes formas encontradas para descrever essas necessidades, traduzidas em juízos clínicos sobre as mesmas.

Contudo alguns autores (Wright & Levac, 1993; Wright & Leahey 2002) não concordam com os juízos clínicos que catalogam a família como não funcional, não cumpridora ou não eficaz. Baseando-se em Maturana & Varela (2005), as autoras consideram que a intersubjectividade inerente ao contexto interaccional implica que estes juízos sejam apenas considerações do enfermeiro. As autoras propõem, como alternativa, a criação de uma lista com as forças e problemas da família. Segundo Potter (2005) as forças da família reportam-se à comunicação clara, a adaptabilidade, apoio dos membros da família e a gestão das crises como factores de crescimento para a família, o que corresponde aos factores fulcrais da promoção da resiliência familiar.

Como estratégia alternativa à formulação de diagnósticos, Wright & Leahey (2002) propõem a hipotetização, que segundo Friedman (1998:55) *"[…] may both guide the continuous assessment process and form the basis for nursing interventions*", levando os enfermeiros a analisar as relações entre os diferentes sub-sistemas que contribuem para manter o problema e não centrarem-se apenas na identificação da causa do problema. Da mesma forma Minuchin (1990) descreve o diagnóstico como correspondendo à hipótese que emerge das experiencias e observações com a família, considerando também Duhamel (1995) que estas são mais benéficas para a família.

A hipotetização é definida por Palazzoli, Boscolo, Cechin & Prata (1978:118), como "*a formulação pelo terapeuta de uma hipótese baseada nas informações que possui a propósito da família que está prestes a entrevistar*". Segundo os autores, permite estabelecer um ponto de partida para o processo terapêutico, bem como a possibilidade de verificar a validade dessa mesma hipótese, baseada em métodos e técnicas específicas. Se a hipótese, que deverá ser sistémica se revela falsa, o terapeuta deve formular uma segunda hipótese, baseado na informação obtida enquanto testa a primeira, o permitindo introduzir o inesperado numa abordagem que pretende a neguentropia (Relvas, 2003).

As ideias centrais das estratégias de Palazzoli, Boscolo, Cechin, & Prata (1980), relacionadas com a formulação de hipóteses sistémicas, vão no sentido de introduzir um significado novo no padrão familiar, além de orientar a intervenção terapêutica.

Com um valor funcional que possibilita a circulação da informação e assim alterar a percepção da situação, permitindo novas soluções para as suas dificuldades (Gameiro, 1994; Duhamel, 1995), consideramos esta estratégia também muito útil no âmbito das intervenções desenvolvidas com as famílias.

Após a identificação e validação das necessidades e problemas percepcionados pela família torna-se possível o estabelecimento das prioridades, a especificação dos resultados prováveis e a definição de intervenções específicas conducentes aos objectivos celebrados com a família. Este processo constitui a etapa de planeamento de cuidados (Hanson, 2005), que deverá ainda integrar o período de tempo considerado necessário, pela família, para a concretização dos objectivos englobados na determinação dos resultados. Friedman (1998) incorpora também a identificação de recursos e a definição de abordagens alternativas, como aspectos fundamentais da etapa do planeamento. Os objectivos são considerados pela autora como primordiais para o desenvolvimento do processo, com a definição mútua dos mesmos, numa perspectiva de autodeterminação da família.

O planeamento deve, então, ser discutido com a família, oferecendo estratégias alternativas a partir das sugestões dos seus membros (Potter, 2005; Friedemann, 1989, 1999). A família deve ser incluída deliberadamente no planeamento e prestação de cuidados, numa abordagem colaborativa, que respeite os recursos internos da família e simultaneamente lhe dê apoio para encontrar soluções que lhe permita restabelecer o equilíbrio. Esta, tal como as outras fases, é uma etapa de parceria com a família, em que o plano de intervenção deve ter como base as forças da família, aumentando assim a probabilidade de se obter resultados, pois *"[…] a implementação eficaz de um plano de cuidados requer a aceitação e a participação da família como cliente"* (Hanson, 2005:174).

Reafirmando este pressuposto Hanson & KaaKinen (1999), designam esta etapa como a fase de contrato com a família, estabelecendo-se as metas, o plano de acção, e o planeamento da fase de avaliação de resultados. De forma a permitir a verificação da adequação do plano às necessidades e recursos da família Friedman (1998), estabeleceu alguns indicadores essenciais: se está a ser desenvolvido em colaboração com a família; se a abordagem vai de encontro às forças da família e de cada um dos seus membros individualmente; se está de acordo com as capacidades da família; comprometimento da família com o plano; se os recursos são os adequados para a

concretização do plano e por último se os membros da família responderiam positivamente a estas questões.

Em síntese, na concretização desta etapa é necessário considerar o funcionamento da família, os seus recursos, as competências do enfermeiro e o interesse e motivação da família.

As intervenções de enfermagem "*não são apenas instrumentos ou tácticas, mas também, tudo o que o enfermeiro diz ou faz com as famílias que influencia o sistema familiar*" (Hanson, 2005:174), englobando as respostas afectivas e cognitivas que decorrem no contexto da interacção entre o enfermeiro e a família (Ângelo & Bousso, 2008). Significa que o planeamento das acções que visam dar resposta aos diagnósticos, que segundo o ICN (2005:30) representam o "*processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente*", devem basear-se em todos os princípios descritos anteriormente, enfatizando a capacidade das famílias na resolução dos seus problemas e o papel do enfermeiro como facilitador da co-construção dessas soluções (Wright & Leahey, 2002). A estes pressupostos subjaz uma postura centrada na componente relacional, que caracteriza os cuidados éticos e culturalmente seguros com a família (Doane & Varcoe, 2006). Cuidados que segundo Carnaevali & Thomas (1993, cit. por Hanson, 2005) podem enquadrar-se em vários níveis: prevenção de um problema potencial, minimização do problema ou estabilização do problema.

Pode acontecer que o enfermeiro identifique problemas familiares em que considere necessário intervir, pela necessidade da promoção da mudança numa das áreas do funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2002), mas que a família não se mostra interessada na intervenção ou prefira trabalhar com outros profissionais. Nesta situação, segundo as autoras, a intervenção não é indicada.

A diferença de valores entre o enfermeiro e a família podem dificultar a motivação da família para a intervenção e desta forma conduzir a que os problemas não sejam identificados eficazmente, como também a família pode ter receio de falhar e preferir manter o seu funcionamento igual, mesmo consciente das suas dificuldades (Hanson & Boyd, 1996).

Por outro lado, Wright & Leahey (2002) referem como indicações para intervenção familiar as situações em que um membro da família apresenta um problema com impacto sobre os outros membros e/ou os membros contribuam para o problema manifestado; diagnóstico de doença num membro da família; alta de um membro de uma instituição hospitalar ou social; morte de um membro da família. Além destas situações que decorrem essencialmente de crises acidentais, as crises naturais associadas às transições desenvolvimentais também são consideradas pelas autoras como situações

importantes de intervenção, sobretudo quando a família apresenta dificuldade no processo de transição.

Com maior especificação Friedemann (1999) refere que além das intervenções em situações de alteração da saúde física, os enfermeiros devem intervir em situações de conflito familiar que decorrem dos papéis, limites e dificuldades na tomada de decisão, assim como necessidades de mudanças estruturais que podem até envolver a interacção com o ambiente. Neste sentido, alguns autores (Bomar, 1996; Friedman; 1998), em congruência com os focos de atenção mencionados como relevantes na etapa de diagnóstico, definem as seguintes áreas de intervenção familiar, no contexto da enfermagem de família: transições familiares, englobando as transições de saúde/doença; padrões de dieta da família e do indivíduo; actividades de recreio e exercício físico do indivíduo e da família; sexualidade na família; padrões de sono e de repouso na família; práticas ambientais; socialização dos filhos; manutenção da casa e encorajamento da espiritualidade da família. Algumas destas áreas de intervenção são também evidenciadas pelo ICN (2002a), salientando-se o padrão alimentar, o lazer, o exercício físico e as práticas ambientais, assim como as crises desenvolvimentais e acidentais.

Num estudo realizado por Craft & Willadsen (1992, cit. por Wright & Leahey, 2002), foi efectuado um levantamento das intervenções realizadas por enfermeiros especialistas, nos Estados Unidos da América, permitindo a identificação de intervenções específicas direccionadas à unidade familiar: suporte familiar; manutenção do processo familiar; promoção da integridade familiar; mobilização familiar; suporte do provedor; suporte dos irmãos; educação paterna.

Analisando a globalidade das intervenções descritas, verificamos que os autores são unânimes relativamente à necessidade de intervenção familiar face aos processos de transição, que implicam adaptações do sistema no sentido da sua reestruturação, permitindo a co-construção de um novo nível de equilíbrio funcional.

Julgamos que as intervenções como um processo que pretende dar resposta a necessidades de mudança, identificadas com a família, decorrem da avaliação prévia. Desta forma consideramos que estas áreas constituem-se essencialmente como áreas de atenção que direccionam o processo de cuidados desde a primeira etapa e que as intervenções decorrerão dos problemas identificados, considerando a multidimensionalidade da dinâmica familiar.

Os intervenientes implicados directamente na implementação do plano de cuidados podem ser a família, o enfermeiro, elementos da família ampla ou de outros supra sistemas (Hanson, 2005; Friedemann, 1999; Friedman, 1998; Elsen, Althoff & Manfrini, 2001), dependendo das estratégias planeadas antecipadamente, de acordo com as

metas definidas com a família. Efectivamente a intervenção de enfermagem alicerça-se numa base relacional, definida por Bell & Wright (1995:89), como "*toda a acção ou reacção de uma enfermeira, ou seja, todo o gesto terapêutico manifesto que põe uma enfermeira no quadro da sua relação com um paciente, gesto que tem uma incidência sobre o funcionamento de um indivíduo, duma família ou da comunidade cuja enfermeira deverá ser responsável*".

Com base na Escola de Milão (Cecchin, 1987; Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980), alguns autores de enfermagem de família (Duhamel, 1995; Wright & Leahey, 2002), descrevem acções específicas dos enfermeiros tendo por base os conceitos de circularidade e neutralidade, assim com a elaboração de hipóteses sistémicas na intervenção junto das famílias A circularidade corresponde à influência de cada um dos elementos no padrão de interacção (Checchin, 1987), sendo que a partir deste contexto interaccional é possível que os enfermeiros elaborem questões e hipóteses sobre o funcionamento da família.

Estas são concretizadas através do questionamento circular, conforme já referido anteriormente, quando nos referimos à utilização destas estratégias no âmbito da avaliação familiar. As questões avaliar os comportamentos interaccionais, comparando o "*antes e o depois de um acontecimento preciso, efectivo ou hipotético*" Relvas (2003:48), possibilitando, segundo Gameiro (2004), a organização do sistema. Definida por Palazzoli, Boscolo, Cechin & Prata (1978), como um processo terapêutico assente nos feedback da família face às informações que o terapeuta solicita sobre as relações e diferenças, alicerça-se nos princípios de Bateson (1999) que evidenciam a diferença como relação.

Sobre as questões sistémicas, Duhamel (1995) baseada nos autores da Escola de Milão, sistematiza as questões sistémicas em vários tipos, pretendendo todas elas a circulação da informação, no sentido de alterar a percepção da situação e assim promover novas soluções para as dificuldades sentidas: questões sobre diferenças, que permitem definirem a relação e reportam-se a diferenças entre pessoas, crenças ou sentimentos; questões sobre reacções aos comportamentos, em que os membros colocam-se no papel de observadores dos comportamentos e do seu impacto nos outros membros; questões sobre díades ou tríades, que se referem às interacções entre os membros, suscitando o interesse dos mesmos; questões hipotéticas, com o objectivo de aumentar a percepção sobre os problemas presentes e sobre o futuro.

Outro dos princípios referidos é a neutralidade, descrito como a posição de imparcialidade face ao sistema, traduzida pela curiosidade pela realidade de cada membro da família (Chechin, 1987). A atitude de curiosidade permite que no final da entrevista cada um dos membros afirme que o enfermeiro não tomou parte por nenhum

dos membros. Para isso não deve ser apresentada qualquer opinião que qualifique os comportamentos e mantendo-se alianças permanentes com qualquer dos membros (Relvas, 2003).

A curiosidade mantida face às pessoas, ideias, sentimentos e comportamentos, tem como pressuposto que não há um responsável pelo problemas mas é o sistema que o mantém. Para Duhamel (1995) é possível esta atitude por parte do enfermeiro, quando este tem como princípio orientador a objectividade entre parênteses (Maturana & Varela, 2005), possibilitando a explicitação de diferentes percepções dentro do grupo familiar. Contrariando o pensamento linear relativamente ao membro que apresenta o sintoma, Gameiro (2004) realça que a este conceito subjaz a separação terapeuta-família, no contexto da primeira cibernética, em detrimento de um novo sistema co-criado com maior complexidade.

A utilização dos princípios e estratégias referidas permitirá a diminuição da ocorrência de situações interaccionais inadequadas, designadas por Wright & Leahey (2005), como os três erros mais comuns em enfermagem de família: falhar na criação de um contexto para a mudança; tomar posições; dar conselhos prematuramente. As estratégias sugeridas na promoção de um contexto para a mudança, estão em conformidade com os conceitos de circularidade, neutralidade e hipotetização (Cecchin, 1987; Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980), que permitem a produção de crenças facilitadoras num contexto terapêutico entre enfermeiros e famílias (Wright & Leahey, 2005; Wright, 2008).

Devendo estes princípios serem transversais a qualquer etapa do processo de enfermagem, é importante que na etapa de implementação das intervenções seja avaliado o progresso das necessidades identificadas, com a possibilidade de identificar novas preocupações na família, a partir de uma "*base relacional […] que põe uma enfermeira no quadro da sua relação com um paciente*" (Bell & Wright, 1995:89).

A avaliação de resultados permanece assim ao longo do decorrer do processo de cuidados, com a avaliação contínua do grau de eficácia do plano de cuidados na resolução dos problemas identificados, traduzida pela mudança das capacidades dos membros da família em usar a informação, desempenhar tarefas e assumir papéis familiares (Hanson & KaaKinen, 1999). De acordo com o ICN (2002:xvii) os resultados de enfermagem referem-se á*"medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem*". Os resultados decorrem das intervenções implementadas, monitorizadas ao longo do processo e que implicará mudanças no diagnóstico.

A avaliação dos resultados, como ultima etapa do processo de enfermagem de família, termina quando os objectivos são alcançados, considerando os resultados e critérios estabelecidos previamente com a família (Hanson, 2005). Fundamentando-se nos

resultados obtidos pela família, traduzidas por mudanças no seu funcionamento, a avaliação do processo e do resultado permite a formulação de novos diagnósticos e novas estratégias de intervenção, com a reformulação do plano de cuidados. Esta avaliação é transversal para todos os níveis de intervenção em enfermagem de família (Friedemann, 1989, 1999), cujos resultados obtidos, decorrentes das intervenções de enfermagem desenvolvidas com a família, correspondem aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Seja qual for o nível da prática de enfermagem de família, pela complexidade intrínseca à unidade familiar, a avaliação e intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a colheita de dados como para o planeamento das intervenções. Como referem Ângelo & Bousso, (2008) a utilização de um modelo de avaliação e intervenção familiar facilita a síntese dos dados, tornando mais proficiente a identificação dos recursos e das dificuldades da família. A agregação dos dados permite a análise multidimensional, a estruturação dos mesmos e a identificação dos focos de atenção (Wright & Leahey, 2002), possibilitando, subsequentemente, fundamentar as intervenções delineadas (Hanson & KaaKinen, 1999).

Os modelos conceptuais oferecem distintas perspectivas para a prática do enfermeiro, servindo de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Podem servir como instrumento de ligação entre a teoria e a prática, assim como, clarificar pensamentos sobre os elementos de uma situação prática e relaciona-los entre si (Wesley, 1997). Compatíveis com a utilização do processo de enfermagem, os modelos conceptuais fundamentam as tomadas de decisão do enfermeiro, permitindo oferecer uma estrutura organizada para o planeamento, intervenção e avaliação, cimentada nos pressupostos colaborativos e sistémicos que estão na base da intervenção familiar (Tomey & Alligood, 2004). Integrando um conjunto de asserções gerais que integram conceitos dentro de uma configuração ou padrão significativo (Fawcett, 1995), possibilitam um quadro de referência, ou seja, um modo coerente de pensar sobre os fenómenos (Hanson, 2005), fortalecendo a construção do conhecimento em enfermagem (Marcon, Waidman, Decesaro & Arêas, 2006).

A Comissão da Região Europeia da OMS definiu o Modelo de Enfermagem de Saúde Familiar, *Family Health Nursing Model* (FHNM), baseado na TGS, Teoria da Interacção e Teoria de Desenvolvimento (Schober & Affara, 2001). Apesar de se constituir primordialmente como um modelo para a prática e não tanto um modelo conceptual orientador das tomadas de decisão no processo de cuidar a família, julgamos pertinente enfatizar alguns princípios do mesmo, pela sua importância para a definição do papel do enfermeiro de família, assim como para a delimitação das suas competências.

De acordo com o FHNM, sendo a finalidade dos cuidados de enfermagem ajudar o indivíduo e a família na adaptação a situações de doença ou períodos de stresse, são definidos quatro níveis de intervenção: prevenção primária, direccionada essencialmente para a promoção da saúde familiar; prevenção secundária que visa a promoção do conhecimento da família no sentido de minimizar ao impacto dos factores de stresse no funcionamento familiar; prevenção terciária direccionada para a reabilitação das forças da família; intervenção em crises, centrada na resolução dos problemas e reabilitação.

Considerando que as competências são desenvolvidas com base na experiência e formação dos enfermeiros, o Modelo da OMS estabelece diferentes níveis da prática coerentes com as diferentes abordagens em enfermagem de família, descritas anteriormente. Estes diferentes níveis, alicerçados no indivíduo ou na família como cliente, integram quatro modelos para a prática da enfermagem de família.

Os pressupostos dos mesmos, circunscrevem-se à multiplicidade das práticas que traduzem a diversidade dos tipos de famílias e respectivas interacções, ainda à necessidade de compreender a estrutura e estádios desenvolvimentais das famílias e dos sistemas comunitários e, por último ao trabalho em equipa, em que o enfermeiro colabora e faz a ligação entre as famílias e outras instituições da comunidade. As práticas de cuidados podem ocorrer no domicílio ou na comunidade, fundamentadas no pensamento crítico e numa prática avançada que pressupõe a qualidade dos cuidados de enfermagem centrados na família.

Ainda relativamente ao FHNM (Sochober & Affara, 2001), o primeiro nível, designado como *Modelo A*, centra-se no indivíduo como membro da família, sendo que este se constitui como a razão para iniciar o contacto, que poderá ser temporário. A família é perspectivada como recurso ou suporte do mesmo, em conformidade com o primeiro nível de abordagem à família, *família como contexto* (Hanson, 2005; ICN, 2002a; Friedman, 1998; Friedemann, 1989, 1999; Potter, 2005).

No *Modelo B* a família é vista como o cliente, mas o contacto inicia-se a partir de um dos membros da família, que se torna o alvo principal dos cuidados de enfermagem. Numa concepção de família como *soma dos seus membros*, corresponde ao segundo nível de abordagem familiar (Friedman, 1998; ICN, 2002a; Hanson, 2005). Todos os membros da família podem receber cuidados distributivamente, sendo a ênfase direccionada para educação para a saúde e as estratégias de autocuidado.

Mais próximo dos últimos níveis, *família como sistema* e *família como componente da sociedade* (Hanson, 2005; Potter, 2005; Friedman, 1998; ICN, 2002a), o *Modelo C* perspectiva a unidade familiar como o cliente dos cuidados, em que o contacto é iniciado através do grupo familiar. Sendo a família o foco dos cuidados, integrando a saúde e a doença, o conhecimento da comunidade torna-se crucial para a adequação das

intervenções, pois existe reciprocidade entre a saúde familiar e a saúde ambiental. Este modelo prevê o desenvolvimento dos cuidados de saúde por áreas geográficas, implicando a formação avançada dos enfermeiros.

Por último o *Modelo D*, que se constitui como uma variação do primeiro modelo, em que o contacto é iniciado a partir de um dos membros da família. As necessidades individuais deste elemento são a prioridade dos cuidados, integrando um plano pro-activo de envolvimento da família em todo o processo. A ênfase é dada a este envolvimento, promovendo, o enfermeiro, a ligação entre o sistema familiar e o sistema individual.

Salientamos em seguida os modelos, que sustentam a prática de enfermagem centrada na unidade familiar, a partir dos pressupostos epistemológicos e teóricos da enfermagem de família.

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e o Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar, baseia-se no Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman e foi adaptado para os cuidados á família por Berkey & Hanson em 1991 (Hanson, 1996; Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2005). Conceptualizando a família como sistema aberto, em interacção constante com o meio ambiente, pressupõe a existência de factores que podem afectar o sistema familiar, sendo causadores de stress.

A família protege-se destes factores de stresse através das *linhas de defesa*, que possibilitam as respostas aos factores de pressão externa que correspondem ao seu estado habitual de bem-estar familiar. Em cada sistema existem mecanismos, respostas adaptativas, que permitem o (re)estabelecimento do equilíbrio, designados como *linhas de resistência,* que protegem a estrutura básica como as funções e os recursos familiares. Estas são activadas quando os factores de stresse invadem as suas *linhas de defesa,* mobilizando as forças da família expressas nos seus padrões de interacção.

A dimensão clínica do modelo, centra-se nos três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, congruentes com os níveis definidos pelo FHNM (Sochober & Affara, 2001). O primeiro nível de prevenção enfatiza a redução dos factores de risco, visando a promoção da saúde familiar, através das capacidades de adaptação direccionadas para a efectivação do bem-estar. A prevenção secundária direcciona-se primordialmente para o desenvolvimento de estratégias que capacitem a família a encontrar soluções para a gestão das crises instaladas. Por último, a prevenção terciária centra-se nos processos adaptativos de reestruturação, com o restabelecimento do funcionamento familiar saudável.

Este modelo constitui-se como um instrumento de avaliação centrado nos factores de stresse familiares (gerais e específicos) e nas forças da família que funcionam como recurso para a manutenção de um funcionamento saudável da família. A análise dos dados obtidos a partir deste instrumento, permite direccionar a intervenção para um dos

níveis de prevenção, a partir dos diagnósticos e dos objectivos definidos com a família (Hanson, 1996; Hanson & KaaKinen, 1999; Hanson, 2005).

Alicerçado na teoria dos sistemas, de desenvolvimento e nas perspectivas estruturo-funcionais da família, surge o Modelo de Avaliação Familiar de Friedman (Friedman, 1998), com uma abordagem macrosistémica da família. Esta visão macroscópica do sistema familiar possibilita a compreensão do mesmo a partir do seu contexto comunitário, centrando-se na organização familiar e nas relações da família com os supra-sistemas.

Os principais pressupostos associam-se às funções da família como sistema social, com características funcionais semelhantes a outros grupos sociais. Enfatiza também a função de socialização da família que permite a interiorização de normas e valores pelos seus membros. A autora construiu uma grelha para entrevista de avaliação, que integra seis categorias avaliativas: dados de identificação da família; história e etapa do ciclo vital familiar; dados do meio ambiente; estrutura familiar (comunicação, poder, papéis e valores familiares); funções familiares (cuidados afectivos, socialização e cuidados de saúde); adaptação familiar. A ultima categoria avaliativa incide, tal como o modelo apresentado anteriormente, nos factores de stresse e nos pontos fortes da família, possibilitando a identificação do padrão de estratégias de *coping*, internas e externas. As decisões de enfermagem relativamente às intervenções a implementar, apoiam-se nas necessidades e objectivos da família.

Se o Modelo de Avaliação e Intervenção da família desenvolvido com base no Modelo de Betty Neuman apresenta uma estrutura de avaliação direccionada para dimensões específicas, verificamos que o Modelo de Friedman é mais abrangente, perspectivando a família no contexto da sua multidimensionalidade. Também o primeiro oferece indicações relativas ao plano de cuidado a realizar com a família, enquanto o segundo apresenta orientações circunscritas à etapa da avaliação familiar.

Realçamos o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) publicado pela primeira vez em 1984 e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), publicado na segunda edição de *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*, em 1994 (Wright & Leahey, 1994). Em 2000, foi editada e terceira edição, mantendo a inclusão dos dois modelos, com a tradução para português em 2002 (Wright & Leahey, 2002) e mais recentemente a ultima edição em 2005 (Wright & Leahey, 2005). Nas várias reedições, as autoras têm integrado novos dados relativos aos desenvolvimentos em enfermagem de família e novas perspectivas que têm promovido a consolidação dos respectivos modelos, como referenciais conceptuais e clínicos.

As edições de *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention,* que integram este modelo, foram traduzidas para várias línguas, além do português, para

francês, japonês, coreano, sueco, português. A publicação de vídeos educacionais pelas autoras, e a sua aquisição pelas instituições de ensino de enfermagem, tem fomentado a discussão e reflexão das práticas de enfermagem com as famílias.

A descrição detalhada destes modelos (MCAF; MCIF) deve-se essencialmente à nossa experiência na sua utilização, em contexto clínico, constituindo-se como estrutura conceptual facilitadora dos processos co-evolutivos desenvolvidos com as famílias. Também consideramos útil evidenciar a difusão do MCAF e o MCIF a nível internacional e a sua aplicação no ensino de enfermagem, nas práticas e na investigação.

A adopção do MCAF nos planos de estudo de cursos de graduação e pós-graduação em muitas instituições da América do Norte, Brasil, Chile, Inglaterra, Japão, Escócia, Espanha, entre outros, confirma a importância deste modelo no desenvolvimento de competências para os cuidados dirigidos às famílias (Wright & Leahey, 2002). Em Portugal também tem sido integrado nos conteúdos de unidades curriculares do CLE, assim como nas pós-graduações de enfermagem de família e em unidades curriculares integradas nos cursos de pós-licenciatura ou de mestrado em enfermagem. Constatamos esta inclusão em instituições da zona norte do país como Viana do Castelo, Porto, Braga; na zona centro, como Coimbra e Santarém e ainda no sul de Portugal tomamos como exemplo o Curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Beja que inclui a discussão do MCAF numa unidade curricular do CLE, designada por Enfermagem na Família.

No nosso contexto profissional, temos aplicado quer o MCAF, quer o MCIF, no contexto do ensino clínico de intervenção na família, conforme já referenciado, além de o utilizarmos como modelo conceptual na discussão de estudos de casos no âmbito da unidade curricular Intervenção Familiar, integrada no Curso Pós-Licenciatura de Enfermagem Comunitária. Ainda no contexto clínico, evidenciamos as formações desenvolvidas com enfermeiros dos CSP, em que o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção tem sido discutido como estrutura conceptual dinamizadora de práticas de enfermagem congruentes com uma abordagem centrada na família, como unidade de cuidados.

A sua utilização na investigação como referencial teórico e metodológico tem-se ampliado a diversos contextos de cuidados, com a subsequente discussão da família como objecto de estudo. A sua implementação no contexto da pediatria permitiu o fortalecimento do sistema familiar face à situação de doença e internamento da criança, assim como demonstrou o impacto positivo sobre a forma como os enfermeiros percepcionam a sua prática, reforçando o relacionamento entre os enfermeiros e as famílias das crianças internadas (Le Grow & Rossen, 2005; Pettengill & Angelo, 2006; Figueiredo, 2002a). Da mesma forma, no contexto de internamento psiquiátrico, utilização do MCAF e MCIF,

demonstrou mudanças significativas na análise crítica dos enfermeiros sobre a reciprocidade entre enfermeiro e interacções familiares (Simpson, Yeung, Kwan & Wah, 2006), assim como a integração de práticas sistémicas nas intervenções familiares (Legoudreau, Duhamel & Ricard, 2006). Ainda em contexto hospitalar são descritas experiências de implementação destes modelos, no serviço de cirurgia (Leahey, Harper-Jacques, Stout & Levac, 1995) e serviço de urgência (Vosburgh & Simpson, 1993), possibilitando, a partir de um programa inicial de formação aos enfermeiros, um maior envolvimento da família na continuidade dos cuidados, descrita como colaborativa. Salientamos ainda a investigação desenvolvida no Serviço de Cardiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Santos, 2006), permitindo verificar a congruência entre o MCAF e as necessidades identificadas em casais, com um dos cônjuges portador de patologia cardíaca.

No contexto dos cuidados comunitários, são apresentados estudos de caso (Diógenes & Varela, 2004; Moura, Kantorski & Galera, 2006) que sugerem a importância do MCAF e MCIF na promoção da interacção com as famílias e o melhor planeamento dos cuidados. Com efeito, no âmbito do PSF, no Brasil, é sugerida a utilização destes modelos como estrutura conceptual favorecedora da sistematização e organização de dados no conjunto do vasto número de famílias atribuídas a cada enfermeiro (Ângelo & Bousso, 2008).

Evidenciamos ainda um estudo realizado por Pinto, Fernandes & Horta (2004), com o objectivo de identificar as temáticas no âmbito da família expressas por um artista brasileiro de banda desenhada, no período de 1971 a 2000. Os autores consideram que a utilização do modelo permitiu analisar mais sistematicamente os dados colhidos e a identificação das representações sociais associadas ao conceito de família.

O MCIF está associado ao MCAF, adaptado a partir do modelo de avaliação da família de Tomm & Sanders (1983). Com efeito o modelo de terapia de Tomm (1980), designado, na altura, por Modelo de Calgary, enfatiza os processos cibernéticos de regulação dos sistemas, integrando o modelo sistémico. Com categorias associadas às fronteiras, regras familiares, mecanismos de controlo, vinculação, crenças e finalidades da unidade familiar, inclui ainda o diagrama de padrão circular.

O MCAF, desenvolvido a partir do modelo descrito (Tomm & Sanders, 1983), alicerça-se na TGS (Bertanlaffy, 1968), a Cibernética (Weiner, 1951), a Teoria da Cognição (Maturana & Varela 2005), a Teoria da Comunicação (Waltzlawick, Beavin & Jackson, 1967) e a Teoria da Mudança (Bateson, 1979, 1987). Apresenta-se como "*uma estrutura multidimensional que consiste de três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento, e funcional*" (Wright & Leahey, 2002:16), cada uma delas subdividida em sub-categorias, conforme representado na figura 2.

As categorias são interdependentes, tomando o enfermeiro a decisão sobre a necessidade da utilização de cada uma delas, face à especificidade da família. O pressuposto central para a realização da avaliação é de que esta se deve centrar essencialmente nas interacções entre os membros da família, sendo que o comportamento de cada um dos membros é compreendido no contexto.

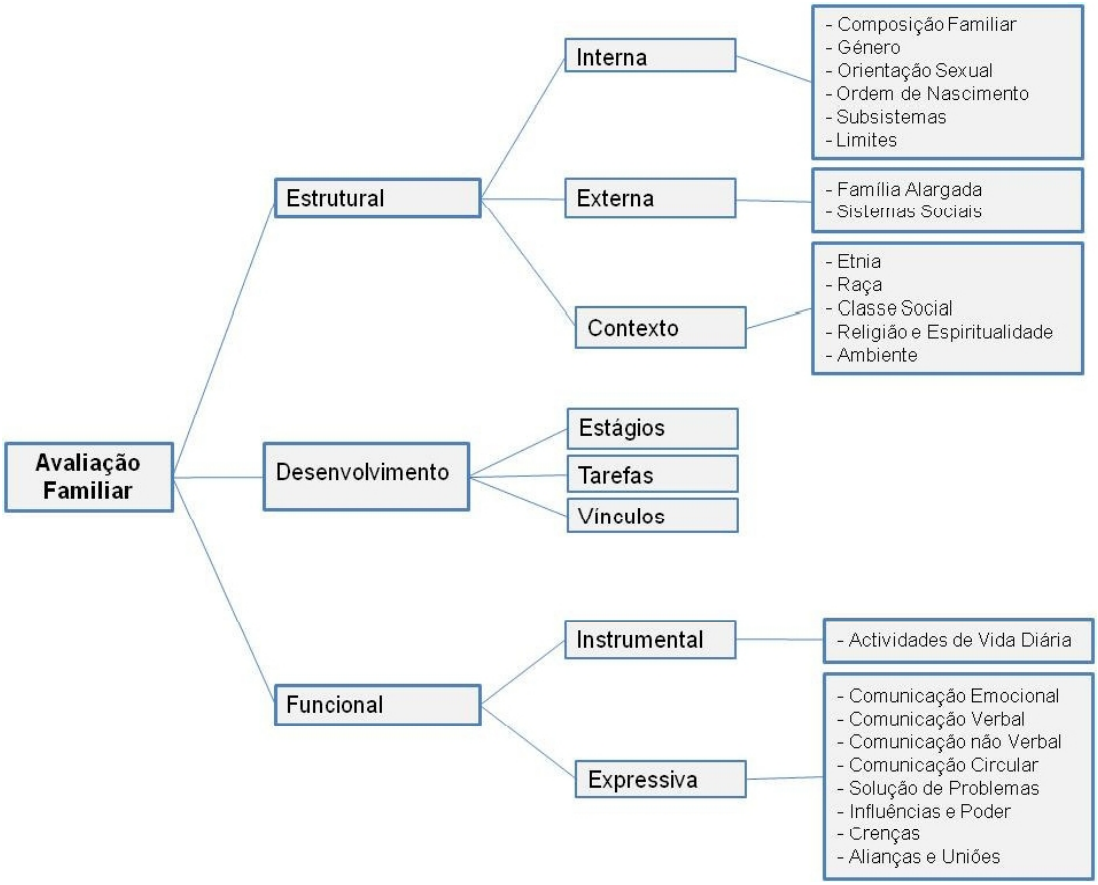


Figura 2 – Diagrama ramificado do MCAF (Wright & Leahey, 2002:66)

A avaliação estrutural integra três categorias que incluem sub-categorias no âmbito interno, externo e contextual da vida familiar. Integrando aspectos sobre a composição da família, o vínculo entre os seus membros e entre estes e outros elementos significativos como a família alargada ou os sistemas mais amplos, além de aspectos específicos do ambiente, exige uma compreensão alargada sobre diversas áreas de conhecimento (Silva & Figueiredo, 2006).

A categoria estrutural interna subdivide-se, por sua vez, em seis sub-categorias ou itens, que passamos a descrever:

- Composição da família, que integra a identificação dos membros a partir da definição da família sobre a sua crença de quem é a família. Atribuindo significado

aos laços de pertença e à auto-determinação, as autoras adoptam a concepção de família como sendo "*quem os seus membros dizem que são*" (Wright & Leahey, 2002:68). Inclui ainda as alterações na composição familiar, visando compreender a historicidade familiar.

- Género, em que partindo das teorias das representações sociais se poderá compreender as crenças sobre as expectativas relacionadas com os papeis de género. As autoras consideram de especial relevância a avaliação desta categoria, pois estas crenças, influenciadas pelas interacções mantidas com os diversos níveis do contexto ambiental, podem implicar diferentes experiências familiares que muitas vezes são originárias de tensão e conflito.
- Orientação sexual, que visa a compreensão dos aspectos culturais e os padrões de conformidade social que muitas vezes estão relacionados com a descriminação face à orientação sexual, sobretudo porque o "*heterossexualismo é uma forma de tendência multicultural*" (Wright & Leahey, 2002:71). A influência destes estereótipos nas atitudes dos enfermeiros, torna imperioso a reflexão sobre as suas práticas a partir das suas crenças e como estas influenciam o processo de interacção com as famílias.
- Ordem de nascimentos, que se reporta à configuração do sub-sistema fraternal, quanto à idade e ao sexo. Citando McGoldrick & Gerson, (1995), as autoras salientam o momento do nascimento da criança na história da família e as expectativas para essa criança como factores que influenciam as atitudes parentais e o desenvolvimento individual de cada um dos filhos. Além da compreensão dos processos de adaptação que decorrem da entrada de um novo elemento na família, esta categoria possibilita a discussão relativa aos modelos relacionais estabelecidos, considerando a posição na fratria de cada um dos seus elementos.
- Sub-sistemas, que se refere ao nível de diferenciação do sistema familiar. A identificação dos diferentes sub-sistemas e as estratégias desenvolvidas individualmente por cada elemento, face ao funcionamento de cada um dos sub-sistemas a que pertence, possibilita a avaliação dos limites entre as gerações, assim como a capacidade de adaptação da família à complexidade das interacções estabelecidas.
- Limites, que integra as regras que definem quem e como participam os membros nos diferentes sub-sistemas e de que forma estas promovem a diferenciação dos mesmos. Tendo como base a classificação de Minuchin (1990) relativa aos limites entre os sub-sistemas familiares, é enfatizada a importância dos mesmos nos padrões interaccionais que demarcam o funcionamento familiar. Baseando-se em

Wood (1985, cit. por Wright & Leahey, 2002) destacam-se alguns indicadores cruciais na avaliação dos limites: dimensão interpessoal e de intimidade: tempo de contacto; espaço pessoal; espaço emocional; espaço de informação; espaço de decisão.

A categoria alusiva à estrutura externa, inclui dois itens: família extensa e sistemas mais amplos. Relacionados com os conceitos de rede social, fazem emergir os vínculos estabelecidos com o ambiente e os factores culturais inerentes ao mesmo, que interagem no estabelecimento das redes sociais.

O primeiro item refere-se à influência da família extensa no funcionamento da família, em conformidade com alguns dos conceitos principais de Sluzki (2003), direccionados para a quantidade e qualidade do tipo de contacto. Aludindo à teoria dos sistemas familiares de Bowen (1978), evidencia-se nesta categoria a importância do processo de transmissão multigeracional, assim como os processos de diferenciação do *self,* face ao que a autora designa por "*massa do ego familiar*".

O segundo item desta sub-categoria, sistemas mais amplos, realça as relações significativas que a família estabelece com os supra sistemas com que interage. Destacados os sistemas de trabalho, sistemas sociais, sistemas de saúde e pessoas que a família considere significativas, quer nas suas tomadas de decisão, quer no âmbito de outras funções sociais.

A última categoria, da dimensão estrutural, designada por contexto, reporta-se à compreensão das interacções entre os membros da família e entre estes e os sistemas amplos, a partir das crenças familiares e padrões culturais emergentes. Surge ainda, nesta categoria, a importância da classe social na promoção de estilos de vida e o equacionamento da religião e a espiritualidade como factores preponderantes nos hábitos sociais da família e nas representações sobre os processos de saúde e doença. Esta sub-categoria integra cinco itens avaliativos, que passamos a descrever:

- Etnia**,** refere-se aos processos culturais transmitidos pelas gerações e reforçados pela comunidade, que influenciam os padrões de interacção familiar e que derivam "*da combinação de sua história, raça, classe social e religião."* (Wright & Leahey, 2002:78). Torna-se relevante a avaliação deste item face à diversidade étnica e as suas implicações na estrutura familiar, assim como aos diferentes significados atribuídos à saúde e às práticas que decorrem dos mesmos.
- Raça, por sua vez, incide nos processos de descriminação que influenciam a identificação do indivíduo e do grupo. As autoras referem que esta influência pode constituir-se como obstáculo na interacção entre os enfermeiros e as famílias, face aos estereótipos associados quer ao conceito de raça, quer à etnicidade.

- Classe social, que se refere às implicações da classe social no padrão de funcionamento familiar, inclusive nas práticas de saúde. As autoras salientam a existência de um conjunto de valores comuns às diferentes classes sociais, permitindo esta avaliação um melhor entendimento dos possíveis factores de stresse familiares e dos recursos familiares.
- Religião e espiritualidade, incide na avaliação da relação entre estas variáveis e as práticas de cuidados de saúde da família. Considerando que a religião influencia o sistema de valores da família, a espiritualidade é reconhecida como um recurso desenvolvido independentemente de uma perspectiva religiosa específica. Reafirmando a sua posição, as autoras citam Walsh (1998) na sua referência à espiritualidade como factor impulsionador da resiliência familiar.
- Ambiente, que integra elementos associados ao espaço onde vive a família no seu quotidiano, assim como aos serviços existentes na comunidade mais ampla, que influenciam o funcionamento familiar. Exemplos descritos pelas autoras são a adequação da habitação, a acessibilidade aos meios de transporte, a serviços educacionais de lazer.

Para completar a avaliação estrutural, as autoras defendem a utilização do genograma e ecomapa, para melhor compreensão sobre a estrutura da família e as interacções desta com os sistemas amplos e família extensa.

A avaliação de desenvolvimento surge como outra categoria central do MCAF. Engloba o processo de mudança estrutural e as transformações da família ao longo da sua história, relacionada com as transições associadas às etapas do ciclo vital. Com base em Falicov (1998, 1998), as autoras distinguem o conceito de desenvolvimento familiar e de ciclo vital. O primeiro reporta-se a todos os processos de evolução transaccional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família, enquanto o ciclo vital circunscreve-se ao percurso transversal previsível a todas as famílias, com eventos típicos associados a entradas e saídas de elementos. Realçam a reorganização dos papéis e mudanças nas regras familiares, como eventos associados ao ciclo vital, que evolui de acordo com estádios.

Mantendo a referência a Falicov (1998), evidenciam o conceito de transição, assim como as implicações étnicas, culturais e de classe social no percurso desenvolvimental da família. Ao conceito de transição ou estádio, estão inerentes as tarefas, que medeiam estes mesmos estádios e que correspondem às funções e tipos de interacção desenvolvidas pelos membros da família e que permitem a evolução para um nível de maior complexidade funcional.

Além dos estádios de transição e das tarefas que lhe subjazem, ainda na categoria relativa ao desenvolvimento da família, a avaliação dos vínculos é salientada como um

item de extrema importância na compreensão dos relacionamentos entre as díades. Tendo como base a discussão de Bowlby (1977) em torno do conceito de vínculo, as autoras enfatizam a reciprocidade da ligação afectiva entre os membros da famílias e propõe a representação gráfica dos vínculos conforme a descrição anterior sobre a Psicofigura de Mitchel.

Em síntese, os conceitos bases desta categoria integram os estádios do ciclo vital da família, o processo de transição associado aos aspectos emocionais e as alterações de segunda ordem, que se referem às tarefas desenvolvidas ou em desenvolvimento.

Com base nas etapas descritas por Carter & McGoldrick (1995, 1998, 1999), as autoras descrevem cinco tipos diferentes de etapas de ciclo vital correspondente a: família norte-americana de classe média; família do divórcio e pós-divórcio; família de um novo casamento; família de baixa renda e profissional; família adoptiva. Expressam a diversidade dos tipos de família e a variabilidade desenvolvimental das mesmas, reafirmando a importância dos aspectos sincrónicos e diacrónicos da vida familiar que lhe conferem especificidade e unicidade.

A avaliação funcional corresponde à última categoria proposta, que se reporta "*aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros"* (Wright & Leahey, 2002:124). Integra as actividades de vida diária (funcionamento instrumental) e os padrões de interacção que determinam o funcionamento expressivo do sistema familiar (funcionamento expressivo).

Os aspectos instrumentais referem-se à avaliação da capacidade de resposta da família às actividades de vida diária, sobretudo quando surge um problema de saúde e são necessárias readaptações que permitam o funcionamento adequado do sistema familiar.

A avaliação do funcionamento expressivo, que se articula com o funcionamento instrumental, integra nove sub-categorias, baseadas nos trabalhos de Tomm & Sanders (1983) sobre avaliação familiar, permitindo "*identificar e distinguir famílias emocionalmente saudáveis, das que experimentam uma dificuldade emocional superior ao habitual*" (Wright & Leahey, 2002:126):

- Comunicação emocional, que se reporta aos sentimentos e expressões emocionais manifestadas pelos membros da família, influenciados pelos seus padrões culturais. Refere-se aos tipos de emoções e à variabilidade das mesmas no contexto interaccional estabelecido pelo sistema.
- Comunicação verbal, direccionada para o significado das palavras, ocorridas num contexto específico de interacção. Para as autoras a comunicação verbal é tanto mais clara quanto o que é dito corresponde ao que se quer dizer, ou seja não existe discrepância entre a dimensão analógica e digital. Dois aspectos

fundamentais caracterizam este tipo de comunicação: ser directa ou desordenada; clara ou disfarçada.

- Comunicação não verbal, que incide nas mensagens paraverbais (tonalidade, sons guturais, choro, gaguejo) e não verbais (postura corporal, contacto ocular, toque, movimentos faciais, proximidade entre os membros), visando a compreensão analógica da informação comunicacional. Reporta-se aos tipos de comunicação expressa e a sua sequência.
- Comunicação circular, relativa à comunicação recíproca entre as pessoas, baseando-se o conteúdo deste item nas premissas da comunicação humana definidas por Watzlawick, Beavin & Jackson (1967). Visando a compreensão do padrão de circularidade, nomeadamente em díades, as autoras propõem o diagrama de padrão circular, como forma de representar as sequências repetitivas que se observam num determinado relacionamento. Desenvolvido por Tomm (1980), compreende dois comportamentos e duas inferências de significados: cognitivas (ideias, conceitos, crenças) e afectivas (estados emocionais). A ligação circular representa a informação transmitida de uma pessoa a outra por meio de um comportamento, originando um padrão repetitivo estável e auto-regulador. Algumas das desvantagens apontadas relacionam-se com a percepção de que os enfermeiros estão fora do sistema familiar e a eventual tendência a procurar causas para os problemas.
- Solução de problemas, que se refere à capacidade da família em encontrar soluções eficazes, face aos seus problemas. Influenciada pelas crenças sobre as suas capacidades e experiências anteriores semelhantes, a solução de problemas assume-se como o item avaliativo mais relacionado com a identificação dos padrões de *coping* familiares. Inclui assim os padrões de identificação de problemas; os problemas identificados a nível instrumental e expressivo; padrões de solução e processo de avaliação sobre os problemas e soluções encontradas.
- Papéis, considerados pelas autoras, como os "*padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família*" (Wright & Leahey, 2002:135), referem-se a comportamentos influenciados pelos diversos níveis estruturais do ambiente e pela aprovação e expectativas dos próprios membros da família. Diferenciando os papéis formais dos informais, as indicações para a sua avaliação centram-se na família como unidade.
- Influência e poder, que se reporta à capacidade de influenciar os comportamentos dos outros membros da família. Fundamentando-se na definição de poder proposta por Hartmann & Millea (1996), as autoras referem que as alterações no poder implicam sempre uma nova perspectiva da realidade. O poder pode ser

exercido de forma instrumental, psicológica ou por controlo corporal e traduzido pelo domínio, supressão de conflitos ou consenso. Concordamos com Szinovacz (1987, cit. por Hanson, 2005) quando se refere às questões do poder na família como uma das dimensões mais importantes no processo familiar. Salientam a importância de identificar quem exerce maior poder na família e em que áreas da vida familiar é exercido esse poder, assim como as estratégias utilizadas e o seu efeito nos membros da família.

- Crenças, definidas como "*atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adoptados pelos indivíduos e famílias*" (Wright & Leahey, 2002:139). A descrição deste item tem por base os trabalhos desenvolvidos pela primeira autora do MCAF, com a colaboração de outros autores (Wright, Watson & Bell, 1996) que permitiram identificar a relação do sistema de crenças com a capacidade da família na resolução dos problemas, estabelecendo a definição de crenças constrangedoras e de crenças facilitadoras. As primeiras implicam a diminuição das opções de resolução, enquanto as segundas promovem a resolução através da ampliação de possíveis soluções para os problemas identificados. Exemplos de crenças familiares, referenciadas pelas autoras são as que se relacionam com os problemas de saúde e que integram as crenças, sobre a doença, sobre o papel dos profissionais de saúde e o papel da família. Integram ainda os pontos fortes e preocupações relacionadas com o problema de saúde actual. Em termos gerais, este item engloba as expectativas e objectivos da família face aos problemas identificados as crenças sobre os mesmos problemas e por ultimo as crenças sobre mudança.
- Alianças e uniões, que envolve a "*orientação, equilíbrio e intensidade dos relacionamentos entre a família ou entre famílias e enfermeiras*" (Wright & Leahey, 2002:139). As autoras descrevem o conceito de triangulação e coligação discutidos por Bowen (1978), salientando a necessidade de identificar o impacto deste tipo de alianças no funcionamento da família, considerando a sua intensidade e equilíbrio.

O MCAF integra uma multiplicidade de categorias, que no seu conjunto permitem avaliar e identificar necessidades nas três dimensões familiares (Wright & Leahey, 2002). Um dos problemas associados aos modelos com muitas categorias de informação é a possibilidade de gerar uma enorme quantidade de dados colhidos que podem não ser pertinentes para a identificação das necessidades e o planeamento das intervenções. Contudo, as autoras enfatizam o facto de que nem todas as categorias do modelo terão que ser utilizadas.

Em complementaridade com o modelo de avaliação, surgiu o MCIF, tendo como princípio fundamental da intervenção de enfermagem a ênfase no "*comportamento da enfermeira e a resposta da família*" (Wright & Leahey, 2002:9). Nesta perspectiva, as intervenções correspondem às respostas do enfermeiro à interacção com a família, enquanto os resultados expressam-se nas respostas da família.

Alicerçado nos mesmos pressupostos teóricos que fundamentam o MCAF, a finalidade da intervenção de enfermagem é a promoção da mudança, que decorre do processo designado por "*ajuste*" entre as intervenções propostas pelo enfermeiro e a estrutura biopsicossocial-espiritual dos membros da família. Enfatizando o conceito de determinismo estrutural de Maturana & Varela (2005), a possibilidade de mudança, na família, é descrita como algo que decorrerá da "*constituição genética e história das interacções entre os seus membros*" (Wright & Leahey, 2002:152). Por isso realçam a importância da criação de um contexto facilitador para a mudança. Esta pode ocorrer nos três domínios de funcionamento familiar: cognitivo, afectivo e comportamental, considerando a interdependência entre os mesmos.

No sentido de planear a intervenção com base na avaliação efectuada com a família, propõem a reflexão baseada em questões reflexivas sobre o domínio de funcionamento onde se deve centrar a mudança. Em conformidade com os princípios descritos na implementação das intervenções, como etapa do processo de enfermagem familiar, no MCIF são discutidos três factores basilares para o planeamento das intervenções: nível de funcionamento da família; nível de competência do enfermeiro e recursos disponíveis (Wright & Leahey, 2002).

Com base nos conceitos de circularidade e questionário circular, desenvolvidos por Palazzoli, Boscolo, Cechin & Prata (1980), assim como nas perguntas circulares definidas por Tomm (1987), o MCIF engloba, como intervenções específicas de enfermagem, diversos tipos de perguntas circulares.

Consideradas fundamentais na criação do contexto favorecedor à mudança, a utilização de perguntas lineares tem como objectivo obter informações, enquanto a utilização de perguntas circulares possibilita uma nova compreensão sobre os relacionamentos e interacções, pois "*perguntas dos membros e para eles mesmos fornecem novos dados e respostas à própria família*" (Wright & Leahey, 2002:154). Estas entrecruzam-se com os domínios do funcionamento familiar, no sentido de facilitar a mudança em cada um, ou na sua globalidade.

Os quatro tipos de perguntas circulares: perguntas sobre diferenças, que visam a reflexão sobre as diferenças entre os membros, face às relações e às crenças; perguntas de efeito comportamental que pretendem explorarem o padrão de circularidade entre os membros da família; perguntas hipotéticas que permitem analisar as percepções da

família em relação às opções para o futuro; perguntas à tríade, que possibilitam a exploração da percepção de cada um dos membros a respeito dos relacionamentos existentes entre outros membros da família. Para cada um dos tipos de perguntas circulares, as autoras sugerem várias questões, situando-as nos domínios cognitivo, afectivo e comportamental. Concordamos com a importância da adopção das perguntas circulares e reflexivas no contexto clínico de interacção com as famílias, pois elas permitem a ampliação da capacidade de reflexão de cada um dos membros da família sobre si, sobre os outros, sobre a história familiar, o presente e o futuro.

Além do questionário circular, as autoras apresentam outras sugestões de intervenções, associadas também aos domínios de funcionamento familiar e que consideram adequadas ao contexto das práticas de enfermagem centradas na família. Assim para o domínio cognitivo, com o objectivo de favorecer a mudança na percepção e capacidade de resolução de problemas, são enunciadas três intervenções:

- El
  ogiar as forças da família e dos indivíduos, possibilitando a aquisição de uma nova visão sobre os problemas e consequentemente novas opções de resolução, além de que, segundo Wright & Leahey (2002: 159) "*as famílias que interiorizam os elogios das enfermeiras parecem mais receptivas a outras intervenções terapêuticas que venham ser oferecidas*". Alertam para a necessidade do elogio ser baseado em padrões comportamentais e relativos aos recursos, competências e potencialidades individuais e/ou familiares;
- Pr
  oporcionar informações e opiniões, reconhecendo que a falta de informação da família pode inibir as capacidades de solução de problemas. Providenciar informação à família favorecerá a maximização das suas capacidades de adaptação aos processos de transição.

No domínio afectivo as intervenções têm como objectivo alterar as emoções que possam bloquear a capacidade da família na resolução de problemas:

- Va
  lidar ou normalizar as respostas emocionais, facilitando a compreensão da família sobre as respostas emocionais dos seus membros face a um evento stressante;
- In
  centivar as narrativas da doença, propiciando o surgimento de novas narrativas que integrem recursos e forças familiares. Efectivamente, em conformidade com Grandesso (2000), a narrativa tem uma função organizadora da experiência que permite conferir-lhe novos significados;

- Estimular o apoio familiar, centrada em capacitar a família a mobilizar as suas próprias forças, pela entendimento e partilha das inquietações e emoções de cada um dos seus membros.

Por último as intervenções no domínio comportamental, que têm por objectivo ajudar os membros da família a alterarem os seus padrões de interacção, expressos pelos comportamentos:

- Incentivar os membros da família a serem cuidadores, reportando-se a situações familiares associadas a incapacidade de um dos membros ou mesmo hospitalização. O apoio dos enfermeiros neste processo potencializará a adaptação da família à situação de doença ou incapacidade de um dos seus membros;
- Incentivar o descanso, como forma de diminuir a sobrecarga ou risco de sobrecarga do cuidador. De acordo com os recursos e capacidades da família, as autoras sugerem que o enfermeiro proponha um plano que integre o descanso, no sentido de possibilitar a continuidade da função cuidativa da família;
- Planear rituais, permitindo manter ou integrar novas práticas familiares, potencializando as capacidades de solução de problemas. Tomando como exemplo os rituais descritos por Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata (1978), na obra *Paradoxe et Contre-Paradoxe,* reafirmam a importância dos rituais como estratégias de clarificação do sistema familiar. Também Denham (2003b) enfatiza os beneficios terapeuticos dos rituais e rotinas, no contexto dos cuidados de enfermagem.

Constatamos a interligação entre o MCAF e o MCIF, cujos pressupostos se alicerçam no pensamento sistémico e com propostas de intervenção apoiadas nas práticas de terapia familiar. Com efeito, julgamos poder considerar que estes são modelos cimentados nos princípios da terapia familiar de segunda ordem, vinculados às teorias construtivistas, que pressupõem um sistema terapêutico colaborativo e proporcionador de um contexto de mudança co-evolutiva, baseado na interdependência entre o observador e o universo observado (Tomm, 1987; Hoffman, 1990; Elkaim, 1998).

Considerando os factores restritivos de uma prática efectiva com as famílias, referidos anteriormente quando contextualizamos os desenvolvimentos ocorridos nos níveis mexo e exo sistémico de enfermagem de família, o tempo surge como uma das variáveis valorizadas na concretização de entrevistas com as famílias. Neste sentido Wright &

Leahey (1994, 2002, 2005) propõem a realização de uma entrevista em quinze minutos, que possa ser eficaz e produtiva para as famílias, partindo das teorias que cimentam os MCAF e MCIF e dos seus elementos-chave.

A ênfase nas crenças familiares pressupõe que a intervenção desenvolvida em 15 minutos possa minimizar o sofrimento das famílias *(*Wright & Leahey, 1999a), constituindo-se como um guia flexível para a prática, baseado na componente relacional entre enfermeiro e família (Holtslander, 2005).

Utilizada em vários contextos de cuidados, como a pediatria (Martinez, D'Artois & Rennick, 2007) ou obstetrícia (Holtslander, 2005), a entrevista em quinze minutos, de acordo com Wright & Leahey (2002), integra cinco elementos indispensáveis: acolhimento, como elemento fundamental da relação de confiança com a família; conversação terapêutica; genograma e ecomapa; perguntas terapêuticas que integram questões circulares e elogiar as forças da família, centrando-se na potencialização do padrão interaccional como recurso do sistema familiar.

Parece-nos que a entrevista, interligando os aspectos fundamentais do MCAF e do MCIF, permitirá a incorporação de uma prática cimentada na compreensão da complexidade e da intersubjectividade inerente ao sistema familiar e a cada um dos seus sub-sistemas. Um aspecto de especial relevância relaciona-se com as crenças dos enfermeiros, que influenciam as relações estabelecidas com as famílias no desenvolvimento da entrevista familiar.

Wright & Leahey (2005) referem que quando os enfermeiros acreditam que as famílias têm capacidades de resolução de problemas e que a doença é um problema das mesmas, desenvolvem mais eficientemente competências clínicas para efectuarem entrevistas familiares. Estas crenças conduzem os enfermeiros a pensarem de forma interactiva e recíproca sobre as famílias, sendo também a reciprocidade entre enfermeiros e famílias, um elemento essencial para a co-construção da mudança.

Verificamos que da interligação subjacente ao modelo de avaliação e ao modelo de intervenção emerge a metodologia do processo de enfermagem, integrando as fases da colheita de dados, identificação de necessidades, planeamento das intervenções, implementação e avaliação dos resultados obtidos face às mudanças perspectivadas.

Contudo Friedman (1998) refere que os modelos de enfermagem de família existentes, não conseguem descrever a prática. Da mesma opinião, Wright & Leahey (2002) mencionam que os enunciados de intervenções não estão ainda suficientemente desenvolvidos, por considerarem que esta ainda é uma área recente, no contexto geral da enfermagem.

Efectivamente pela complexidade dos cuidados centrados no sistema familiar e pela grande quantidade de dados produzidos, concordamos com a necessidade da utilização

de uma linguagem que proporcione uma descrição dos cuidados e permita identificar os ganhos em saúde no âmbito da enfermagem de família (Wright & Leahey, 2002). As autoras ainda mencionam a necessidade de estruturação de um modelo de dados que permita a articulação entre a avaliação, as necessidades identificadas e os resultados obtidos.

Com efeito o MCAF e MCIF não estando adaptado a um sistema de classificação de enfermagem não permitem a comparação de resultados entre populações, contextos de cuidados e áreas geográficas diversas. Montefusco, Bachion, Nakatani (2008) desenvolveram um estudo em que pretenderam identificar os diagnósticos de enfermagem que surgiram da avaliação familiar direccionada a familiares de doentes internados. Tendo como base o MCAF e a terminologia diagnóstica NANDA, emergiram algumas categorias diagnósticas, que categorizaram de acordo com as categorias do modelo, as quais referenciamos a seguir:

- Estrutura: interacção social;
- Desenvolvimento: processos familiares, paternidade e maternidade;
- Funcional: tensão do papel de cuidador, comunicação verbal da família; manutenção do lar e *coping* familiar.

Julgamos de muita pertinência o desenvolvimento de estudos que permitam a incorporação das práticas de enfermagem de família, maximizando as potencialidades dos modelos conceptuais como estruturas amplas que permitem a identificação das necessidades das famílias e promovam o desenvolvimento de intervenções adequadas à especificidade de cada sistema familiar. A utilização de uma terminologia de enfermagem permitirá a descrição unificadora das práticas em enfermagem de família, que avaliamos como grande contributo para o seu desenvolvimento epistemológico e teórico, a partir da interactividade e circularidade destas dimensões.

Para isso também a documentação sobre os cuidados de enfermagem direccionados às famílias constitui-se como inevitável e de extrema importância, quer para a eficácia dos mesmos, quer para o fornecimento de dados que permita perspectivar e delinear as necessidades em saúde das famílias. Efectivamente "*os aspectos que influenciam os estados de saúde que determinam os cuidados de enfermagem referem o conhecimento de enfermagem*" (Figueiredo & Martins, In Press).

Relativamente à documentação de todo o processo de cuidados desenvolvido com as famílias, Wright & Leahey (2002) propõem um sistema de registo que integre os dados obtidos com a utilização do MCAF e do MCIF. No primeiro assinalam a importância de registar os dados relevantes obtidos em cada categoria e sub-categoria; a inclusão do genograma, ecomapa e diagrama de vínculos; a lista de forças da família e dos problemas; o resumo da avaliação da família e a formulação de hipóteses sistémicas. No

que se refere ao MCIF orientam para o registo do plano de intervenção e anotações da evolução, com a respectiva actualização dos dados de avaliação e das mudanças ocorridas no funcionamento familiar.

Para além da obrigatoriedade legal, a documentação dos cuidados de enfermagem facilita a continuidade e avaliação dos mesmos, além de aperfeiçoar a gestão dos cuidados e facilitar a investigação em enfermagem (Silva, 2006). Efectivamente, "*na actual era da informação, as razões para registar os cuidados continuam a ser relevantes*" (Goossen, 2000:7), onde a informação é usada num contexto multidimensional, num processo contínuo de construção de significados. Nesta perspectiva a informação como "*um conjunto de dados, colocados num contexto útil e de grande significado que, quando fornecido atempadamente e de forma adequada a um determinado propósito, proporciona orientação, instrução e conhecimento ao seu receptor, ficando este mais habilitado para desenvolver determinada actividade ou decidir face a um determinado contexto"* (Sousa, 2006:37), é vista como um modelo, uma representação da realidade.

Assim, se os dados são representações parciais dos factos, a informação resulta das relações que se estabelecem entre os mesmos. No contexto das sociedades actuais, a informação assume uma grande importância pelo que, no âmbito da saúde, tem-se manifestado uma preocupação crescente com o desenvolvimento de SI eficazes, que permitam a maximização da gestão dos serviços e promovam a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Sousa, 2006). Nesta perspectiva, os SIE devem poder dar resposta ao aumento da quantidade e da complexidade da informação resultante dos cuidados de enfermagem desenvolvidos com as famílias. Concordamos com Pereira (2005) no sentido em que sendo a informação fundamental para os cuidados de enfermagem, os SI afectam a prática e consequentemente o conhecimento que resulta da informação internalizada e da capacidade de a utilizar em novas situações.

Por outro lado, a OE (2005), recomenda que sejam criados SI para apoio a uma prática de enfermagem científica. Promove a definição de um conjunto mínimo de dados de enfermagem e a normalização dos SIE e apoia a promoção de estudos sobre a CIPE®, como terminologia de referência para os SIE.

Neste contexto a recomendação da OE sobre a utilização da CIPE® como terminologia de referência nos SIE, vem de encontro ao referido por Silva (2006:42) sobre a vantagem da utilização dos meios informáticos na documentação dos cuidados de enfermagem:

"a utilização das ferramentas informáticas parecem anunciar uma nova oportunidade para, em fracções de segundos, se responder a perguntas colocadas aos registos de enfermagem, permitindo a organização, tratamento e gestão dos dados, informação e conhecimento processados na documentação dos cuidados. No entanto, as respostas

positivas às perguntas dependem dos dados que residem nos registos de enfermagem e da estruturação dos dados alojados no sistema. O modelo que estrutura os dados no sistema, necessita ser concebido. E só os enfermeiros podem apresentar os modelos de dados que melhor servem as práticas e o desenvolvimento dessas mesmas práticas".

Concordamos com a necessidade de uma arquitectura de informação que permita que os enfermeiros dispensem menos tempo para extraírem os dados que necessitam e simultaneamente traduza a complexidade inerente aos processos organizadores dos cuidados à família, reflectindo a reciprocidade entre a família enquanto unidade e os seus membros individualmente.

Para que os enfermeiros, no contexto dos CSP, assumam um entendimento profundo sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida da família é necessário que reconheçam a unidade familiar como alvo dos seus cuidados. Considerando que as práticas são socialmente construídas, ocorrendo das interacções clarificadas pelo conteúdo científico (Benner, Tanner & Chesla, 1996), julgamos emergente o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de família, pois conforme referido por Meleis (1997) o domínio do conhecimento de uma disciplina constitui-se como o eixo da própria disciplina.

Desta forma ficou lançado o desafio para o desenvolvimento de uma abordagem da família, enquanto unidade sistémica, perspectivando a possibilidade de contribuirmos para a consolidação do conhecimento em enfermagem de família.

C

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA: dos modelos expostos aos modelos em uso

A fase de diagnóstico pretendeu analisar os modelos expostos em confrontação com os modelos em uso nas práticas de cuidados às famílias, mantendo-se as actividades inerentes ao desenho inicial do estudo.

Os modelos expostos correspondem aos modelos formativos e modelos conceptuais definidores da disciplina enquanto os modelos em uso representam as disposições afectivas que sustentem a utilização do pensamento crítico (Silva, 2006), que definem o objecto e o âmbito da tomada de decisão.

3.1 – Modelos Formativos

Constituindo-se a educação como um instrumento de transformação perspectivada para o futuro, numa dupla dimensão teórica e humanista (Bordenave, 1989). Consideramos que os modelos formativos são caracterizadores do conhecimento na área disciplinar, no que se refere à enfermagem de família.

Pretendeu-se compreender como são integradas as temáticas direccionadas aos cuidados à família, nos planos curriculares do CLE, no sentido de dar resposta à pergunta de investigação: Quais os modelos formativos definidores da enfermagem de família?

Neste contexto, definimos como objectivos:

- Identificar as unidades curriculares no plano de estudos do CLE que integrem no seu planeamento temáticas no âmbito da enfermagem de família;

- Analisar os objectivos, conteúdos e bibliografia expressos nas unidades curriculares identificadas.

A não integração de conteúdos que permitam o desenvolvimento de competências nos cuidados à família, no âmbito da formação inicial dos enfermeiros tem constituído um obstáculo para o desenvolvimento de práticas direccionadas à família como cliente dos cuidados, conforme descrito no capítulo anterior.

3.1.1 – Procedimentos na recolha de informação

Foram consideradas cinco instituições que ministram o CLE, implantadas no norte do País, especificamente na região do Porto, sendo três delas com estatuto público e duas com estatuto privado.

A recolha de dados foi feita através de análise documental do plano curricular do CLE, utilizando-se a informação cedida pelas instituições e/ou a informação disponibilizada na World Wide Web, nos sites das respectivas instituições, no decorrer dos meses de Março, Abril e Maio de 2005.

Correspondendo o planeamento ao inventário e organização de objectivos, conteúdos, métodos e meios e processos de avaliação (Estrela, 1994) definiram-se como unidades de análise do estudo os objectivos, conteúdo e bibliografia.

Foi elaborada uma grelha de observação para identificação das unidades curriculares (UC) por ano lectivo e descrição das unidades de análises expressas no planeamento que integravam termos e conceitos relacionados com o tema em estudo.

A cada instituição de ensino atribuímos uma letra (A;B;C;D;E) designando-as como Escola A, Escola B, Escola C, Escola D e Escola E.

Em continuidade identificamos nos planos curriculares das cinco instituições de ensino de enfermagem o número de horas atribuídas às aulas teóricas (T), teórico-práticas (TP) e práticas (P), assim como as horas atribuídas aos ensinos clínicos e estágios.

Foi elaborada uma grelha de observação para identificação das UC por ano lectivo e descrição das unidades de análise expressas no planeamento e que integravam termos e conceitos relacionados com o tema em estudo. Foi efectuada uma análise diferenciada para os planos relativos às aulas e aos ensinos clínicos/estágios.

3.1.2 – Procedimentos de tratamento e análise da informação

Constituindo as unidades de análise o material a ser classificado (Bardin, 2004), utilizou-se para o tratamento de dados a grelha previamente elaborada para descrição das mesmas (objectivos, conteúdos e bibliografia direccionados para a temática “Família”) por

UC e instituições de ensino. Para analisar os objectivos, conteúdos e bibliografia expressos nas UC identificadas utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. Esta técnica permite a descrição sistemática dos conteúdos das mensagens e análise das suas condições de produção (Bardin, 2004) sendo possível fazer inferências dos dados para os seus contextos. Realizou-se uma análise de conteúdo categorial que segundo o mesmo autor permite avaliar a frequência da presença ou ausência das categorias. De acordo com o objectivo previamente definido e considerando a diversidade da documentação foi definido a utilização de um procedimento exploratório partindo-se da evidência das propriedades dos textos, sendo este um processo dedutivo (Bardin, 2004). Assim, as categorias foram definidas á posteriori, após o trabalho exploratório sobre o corpus.

Foi utilizada esta técnica para as três unidades de análise (objectivos, conteúdos e bibliografia), fazendo-se a codificação dos dados e seleccionando-se separadamente as respectivas unidades de registo e unidades de contexto. Relativamente às regras de enumeração definiu-se a presença/ ausência das unidades de registo.

3.1.3 – Resultados e discussão da análise dos modelos formativos

Verificamos que as unidades curriculares (T/TP/P; ensino clínico/estágio) não estão organizadas da mesma forma nas cinco instituições. Evidencia-se em duas delas (Escola B e Escola C) a existência de um bloco inicial de aulas que decorrem no 1º e 2º ano e posteriormente um bloco de ensinos clínicos/estágio nos últimos dois anos, com uma percentagem de aulas T/TP/P no 4º ano de cerca de 13%. Nas restantes instituições o Plano Curricular é interpolado (Escola A, Escola D, Escola E), alternando períodos teóricos com períodos de ensino clínico/estágio. Na globalidade, os diferentes planos apresentam percentagens semelhantes relativamente ao nº de horas das componentes T/TP/P e ensino clínico/estágio, variando entre 49 % (Escola A) e 55% (Escola D) para a primeira componente e de 45% (Escola D) a 55% (Escola A) para a segunda. Constata-se desta forma que a Escola A apresenta maior peso da componente prática na sua formação (55% de ensino clínico/estágio e 45% de aulas T/TP/P), enquanto que a Escola D apresenta uma preponderância de ensino baseado em aulas (55% de aulas T/TP/P e 45% de ensino clínico/estágio).

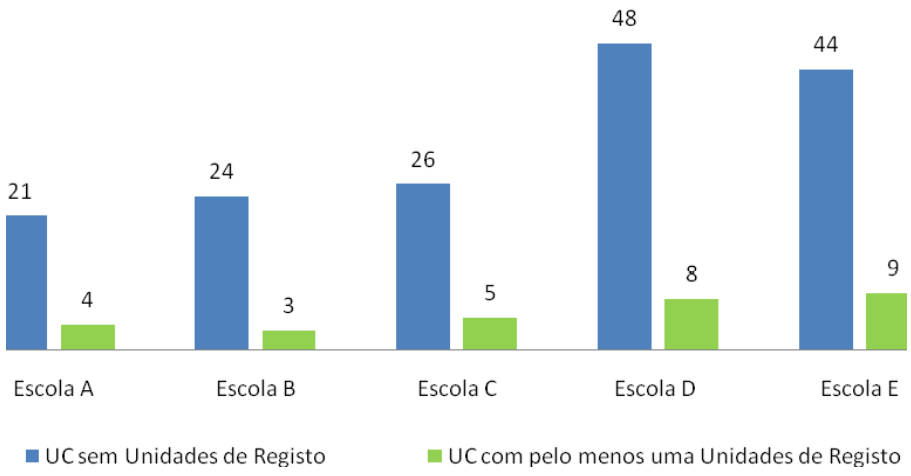
Unidades Curriculares – Expressão da temática "Família"

Na identificação das unidades de análise (objectivos, conteúdos e bibliografia), e a expressão da temática "Família" em cada uma delas, verificamos no contexto global das

instituições de saúde, uma grande diversidade no número de UC T/TP/P nas instituições de ensino ao longo do CLE, conforme Gráfico 1.

A instituição de ensino designada como Escola A apresenta no total 17 UC de ensino T/TP/P, com 4 das mesmas integrando pelo menos uma unidade de análise (objectivos, conteúdos, bibliografia), sendo esta a que apresenta menor número de unidades curriculares na totalidade das instituições. Com duas vezes mais unidades curriculares surge a Escola D com 40, com 8 que englobam a temática Família.

Gráfico 1 – Distribuição das unidades curriculares T/TP/P segundo a presença de unidades de registo nas unidades de análise, por instituição de ensino.



Verifica-se que a Escola E apresenta um maior valor percentual de unidades curriculares que expressam uma ou mais unidades de análise, sendo a Escola B que apresenta o menor número (14,2%).

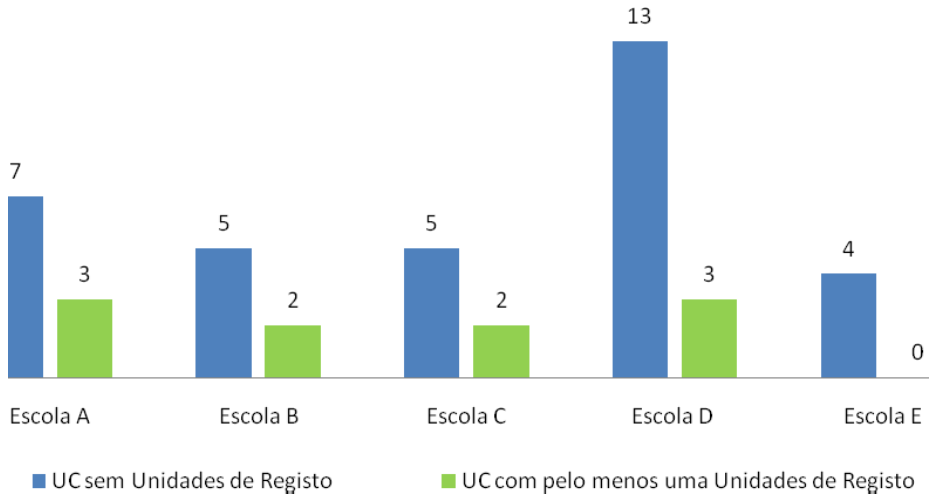
Apesar das Escola B e Escola C apresentarem um plano curricular semelhante, diferenciam-se relativamente ao número das UC que integram no seu planeamento a temática "Família", sendo que a Escola B apresenta um valor percentual de 14,2% inferior ao da Escola C que corresponde a 23,6% do total das unidades curriculares. Em termos gerais verifica-se que nas cinco instituições a percentagem de unidades curriculares T/TP/P com unidades de registo identificadas nas unidades de análise situa-se entre 20% (Escola D) e 25,7% (Escola E).

Relativamente às UC ensinos clínicos/estágio verifica-se também uma heterogeneidade nas cinco instituições relativamente ao seu número na globalidade do CLE, conforme Gráfico 2.

A Escola B e a Escola C têm no total do curso três ensinos clínicos/estágios, a Escola A e Escola E quatro, e a Escola D com um número muito elevado destas unidades curriculares (10) comparativamente às restantes Escolas, sendo no entanto esta a que apresenta no seu plano curricular menor número de horas destinadas a ensinos clínicos/estágios.

Relativamente às Escolas B e C, verifica-se que evidenciam o mesmo número de unidades curriculares de ensino clínico/estágio assim como o mesmo número destas unidades que expressam pelo menos uma unidade de registo no seu planeamento, confirmando a similaridade do seu plano curricular.

Gráfico 2 – Distribuição das unidades curriculares ensino clínico/estágio segundo a presença de unidades de registo nas unidades de análise, por instituição de ensino



No que se refere às unidades curriculares com uma ou mais unidades de registo verifica-se pelo gráfico 2 que a Escola A apresenta um valor mais elevado (4), traduzindo 75% do total de unidades curriculares no âmbito do ensino clínico/estágio, nesta instituição.

A Escola E não expressa no planeamento das unidades curriculares ensino clínico/estágio nenhuma unidade de análise que integre a temática em estudo. As Escolas B e C apresentam um valor percentual de 66,7% e a Escola A 30%.

Numa análise global constata-se que os valores percentuais das unidades curriculares com uma ou mais unidades de registo variam entre 0% e 75%, salientando-se assim a diversidade existente nas cinco instituições.

Com o objectivo de avaliar a congruência entre as unidades de registos expressas nas unidades de análise (objectivos, conteúdos e bibliografia) do plano curricular de cada uma das instituições, analisamos todas as unidades curriculares que integravam pelo menos uma unidade de registo.

Verifica-se que existe uma grande heterogeneidade relativamente à percentagem de cada uma das unidades de análise na globalidade das instituições. Relativamente às Escolas B e C que apresentam similaridade no plano curricular, evidenciou-se, na última, a congruência entre estas três unidades de análise, com cerca de 35% para cada uma delas. Salienta-se o facto de esta ser a única instituição de ensino que expressou esta congruência.

No que se refere às restantes instituições, evidenciam-se duas Escola (A e D) por não apresentarem bibliografia referente à temática "Família", assim como a Escola E que apresenta exclusivamente conteúdos referentes a esta temática, sem expressar objectivos no mesmo âmbito e/ou bibliografia.

Por se ter constatado uma grande diversidade na forma como é integrada a temática em estudo nas cinco instituições, efectuou-se uma análise com o objectivo de identificar, por instituição, quais as UC em que a temática "família" está expressa, especificando as unidades de análise (objectivos, conteúdos e bibliografia). Designaram-se às UC conforme a sua denominação nos respectivos planos curriculares. Apesar de em unidades com designações diferentes surgirem objectivos e/ou conteúdos semelhantes, os dados sobre os quais se efectuou a análise não pareceram suficientes para estabelecer categorias que integrassem UC com diferentes denominações.

Para melhor compreensão separam-se as unidades curriculares em três áreas: Ciências Sociais, Ciências de Enfermagem e Outras Ciências.

Na primeira área identificou-se a presença de unidades de análise nas disciplinas relacionadas com a Psicologia, Sociologia e Antropologia, manifestando-se uma maior proximidade entre as três primeiras instituições (Escola A, Escola B e Escola C) e entre as designadas como Escola D e Escola E. Este facto sugere mais uma vez que denominações diferentes das unidades curriculares podem representar planeamentos similares. Salienta-se que relativamente às Escolas B e C, conforme já referido anteriormente, o plano curricular é semelhante integrando também as mesmas unidades curriculares. No que se refere à distribuição dos objectivos, conteúdos e bibliografia pelas diferentes unidades curriculares verificam-se diferenças quer entre estas, quer entre as instituições. Bibliografia que integra a temática "Família" só está presente na disciplina de Socioantropologia na Escola B e nesta mesma disciplina são referenciados conteúdos nesta temática, sem os objectivos fazerem referência à mesma. A disciplina de Socioantropologia É transversal a quatro das cinco instituições (Escola A, Escola B, Escola C e Escola E), salientando-se que nestas quatro instituições são expressos conteúdos no âmbito da Família, embora os objectivos sejam apenas evidenciados pela Escola B.

Nas disciplinas do âmbito da Psicologia estão expressos objectivos (Psicologia II na Escola D) ou conteúdos (Psicologia I na Escola E; Psicologia III na Escola D e Psicosociologia da Enfermagem na Escola A). Salienta-se que em Psicologia as Escolas B e C não integram temas direccionados para a Família.

Em Ciências de Enfermagem integraram-se os ensinos clínicos/estágios na área de Ciências de Enfermagem, separando esta componente das aulas T/TP/P pelas suas diferentes características no processo de aprendizagem. Verifica-se que nas Escolas A, B e C estão expressos objectivos e/ou conteúdos e/ou bibliografia em cinco UC que correspondem à totalidade das unidades designadas como "Enfermagem" (Enfermagem I; Enfermagem II; Enfermagem III; Enfermagem IV; Enfermagem V). São os módulos direccionados para a Saúde Infantil e Juvenil, Saúde comunitária e Saúde Mental que mais se evidenciam, salientando-se ainda o módulo "A família e a capacidade de cuidar" com objectivos, conteúdos e bibliografia expressos na Escola C e objectivos e bibliografia na Escola B. As Escolas D e E expressam objectivos e conteúdos direccionados para os cuidados à família em UC também no âmbito da enfermagem na comunidade, pediatria, gerontologia e geriatria, sendo mencionados apenas conteúdos em enfermagem de cuidados intensivos, enfermagem em cuidados paliativos e Fundamentos de Enfermagem (Escola E). Não há referência a bibliografia nesta área e em cada UC ou são expressos objectivos (Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem Gerontológica e Geriátrica) ou conteúdos (Enfermagem na comunidade; Enfermagem em Cuidados Intensivos; Enfermagem em Cuidados Paliativos; Enfermagem Pediátrica; Fundamentos de Enfermagem). O ensino clínico de enfermagem na comunidade e o estágio de integração à vida profissional são comuns nas Escolas B e C, integrando nas duas as mesmas unidades de análise: o ensino clínico integra objectivos e conteúdos e o estágio integra objectivos. Na Escola A são os ensinos clínicos I, II e III, direccionados os dois últimos para a Saúde Comunitária, que integram unidades de análise, nomeadamente objectivos, no seu planeamento. Na Escola D é o ensino clínico IX designado como Socialização à vida familiar que expressa também objectivos.

Por último consideraram-se as UC no âmbito de Outras Ciências e que integram os planos curriculares das cinco instituições. As UC "Dependência de Drogas", "Bioética II", e "Oncologia" que integram o plano de estudos da Escola E com conteúdos no âmbito do estudo da Família. Evidencia-se também a unidade curricular "Ecologia e Saúde" nas Escolas B e C, estando expressos respectivamente objectivos na primeira e objectivos e conteúdos na segunda.

Unidades de Registo Expressas nas Unidades de Análise

Objectivos

Relativamente aos objectivos expressos nas unidades curriculares T/TP/P, as unidades de registo foram agrupadas por categorias considerando os domínios definidos por Bloom (1981, cit. por Enricone, Sant'Ana, André & Turra, 1992): domínio cognitivo, domínio afectivo e domínio psicomotor.

Na análise foram agrupadas todas as unidades de registo, independentemente da instituição respectiva.

Verifica-se pela análise do Quadro 1 que as unidades curriculares T/TP/P que integram a temática "família" no seu planeamento, expressam essencialmente objectivos no âmbito do domínio cognitivo, associados ao conhecimento e análise. No domínio afectivo evidencia-se a presença de duas unidades de registo "compreender" e "analisar" que no seu contexto sugerem o desenvolvimento de atitudes e de valoração (Domingos, Neves & Galhardo, 1981) baseando-se na interiorização de um conjunto de valores específicos.

Quadro 1 – Categorização das unidades de registo expressas nos objectivos das unidades curriculares T/TP/P que integram a temática "Família"

Categorias	**Sub-categorias**	**Unidades de Registo**
Domínio cognitivo	Compreender	"Compreender as vivências do ser humano em grupo" C01
		"A evolução e tendências contemporâneas da família" D05
		"A família portuguesa e o elemento idoso nesta instituição" D07
	Obter conhecimento	"Obter conhecimento relativos a factores ambientais que influenciam o estado de saúde da família" C02
		"Adquirir conhecimentos que potenciem a capacidade para a tomada de decisão e resolução de problemas do indivíduo e família ao longo do ciclo vital" C03
	Analisar	"A inter-relação indivíduo/família/grupo/comunidade como alvo das estratégias da promoção da saúde"B04
		"Analisar a inter-relação indivíduo/família/grupo/ comunidade como alvo das intervenções em saúde comunitária" B02
		"O impacto produzido nos familiares quando da prestação de cuidados a um familiar doente durante as fases da evolução da doença" B04
		"A inter-relação do indivíduo/família/grupo/ comunidade como alvo das intervenções em saúde comunitária" B04
		"Prática de enfermagem focada no indivíduo vs prática de enfermagem focada na família vs prática de enfermagem focada na população" B04
	Identificar	"As alterações nos indivíduos/famílias resultantes de um processo de doença" D06
Domínio	Compreender	"Compreender as vivências do ser humano em grupo"

afectivo		A11
	Analisar	"Problemas éticos que se colocam na prestação de cuidados ao individuo, família e comunidade" E18

Salienta-se a ausência de objectivos no domínio psico-motor, sugerindo-nos metodologias associadas aos saberes teóricos e processuais visando o conhecimento e a sua compreensão assim como o saber como proceder (Le Boterf, Durand-Gasselin & Pechenaurt, 1999).

Relativamente às unidades de registo, confirma-se a heterogeneidade existente nas cinco instituições, constatando-se a sua dispersão, quer pelas instituições, quer pelas unidades curriculares.

Os conteúdos das mesmas são direccionados essencialmente para o desenvolvimento de competências cognitivas no âmbito da evolução da família, saúde familiar e transições.

O ensino clínico emerge como o espaço de excelência para a reflexão na e sobre a acção, como contexto de aprendizagem que segundo Abreu (2003) implica mudanças a nível do auto-conhecimento e do comportamento, promovendo estratégias de desenvolvimento pessoal no processamento da informação. Pela natureza destas UC os objectivos são direccionados para a construção das competências, que pretendem mobilizar de forma integradora os domínios cognitivos, afectivos e psicomotores. Foram constituídas categorias considerando a especificidade dos ensinos clínicos /estágios no contexto do CLE, de acordo com o Quadro 2.

Quadro 2 – Categorização das unidades de registo expressas nos objectivos das unidades curriculares ensino clínico/estágio que integram a temática "Família"

Categorias	**Unidades de Registo**
Desenvolvimento de competências	"… para intervir junto do indivíduo, família e comunidade." B06
	"… na área da promoção e vigilância da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento através do planeamento, execução e avaliação de cuidados de enfermagem á pessoa/família/comunidade." C02
	"…de diagnóstico, planeamento e execução das intervenções: à puérpera, rn e família; à criança e família; ao indivíduo e família." C07
Experienciais	"Prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo/família utilizando o processo de enfermagem." A08
	"Assistir o indivíduo/família utilizando o processo de enfermagem." A09
	"Prestar cuidados globais ao indivíduo/família." A10; D13
	"Integrar e acompanhar os pais durante o período da prestação de cuidados." D11
	"Desenvolver em articulação com o enfermeiro de família as actividades assistenciais." D12

Na categoria "Desenvolvimento de competências", estão integradas as unidades de registo em que não é explícita a acção sobre o que o aluno deve fazer para concretizar o objectivo (Mager, 1975). Os objectivos direccionados para as competências de intervenção segundo a metodologia do processo de enfermagem (diagnóstico, planeamento, execução e avaliação) não explicitam a forma como se pretende favorecer o desenvolvimento dessas competências.

Na categoria "Experienciais" incluíram-se as unidades de registo onde a acção era mencionada, no âmbito dos cuidados dirigidos à família. Evidencia-se mais uma vez a presença do processo de enfermagem como método de concretização dos objectivos e a prestação efectiva de cuidados designada como "assistir", "actividades assistenciais" ou "acompanhar".

A socialização com a prática profissional permite no contexto do ensino clínico/estágio o desenvolvimento de competências associadas aos saberes teóricos, experienciais e processuais, expressos nos objectivos definidos para este contexto de aprendizagem.

Conteúdos

Os Conteúdos devem ser planeados de acordo com os objectivos definidos para as UC obedecendo a uma sequência lógica que permita o desenvolvimento de competências de forma progressiva (Enricone, Sant'Ana, André & Turrar, 1992). A análise efectuada sobre os conteúdos foi direccionada para o seu esquema conceptual que integra os termos e os conceitos (Domingos, Neves & Galhardo, 1981).

Todos os conteúdos analisados expressos no planeamento das unidades curriculares são relativos às unidades T/TP/P e ensinos clínicos/estágios.

Foram constituídas cinco categorias, conforme Quadro 3: "Conceitos e tendências"; "Modelos e teorias de enfermagem de família"; Teorias das ciências sociais da família"; Processos de saúde/doença"; família alvo dos cuidados".

A análise do Quadro 3 evidencia a presença de sub-categorias que integram unidades de registo onde estão incluídos conceitos direccionados para os cuidados à família, considerando estes como *"[…] palavras que constituem imagens mentais ou representações abstractas de fenómenos"* (Hanson, 2004:40).

Relativamente aos "Conceitos e tendências da família" os conteúdos distribuem-se pelas sub-categorias: "Família, comunidade e as organizações"; "Conceitos de família" e "Tipos de família".

No que se refere aos modelos de enfermagem de família são o MCAF e o MCIF os únicos especificados, nesta categoria.

Sobre as teorias das ciências sociais da família constituíram-se quatro sub-categorias, após o agrupamento das unidades de registo: "teoria desenvolvimental"; "teoria interactiva"; teoria estruturo-funcional" e "teoria dos sistemas" (Hanson, 2004).

Na categoria "Processos de saúde/doença" constituíram-se duas sub-categorias: "Família e saúde" e "Doença na família". Evidenciam-se a presença de unidades de registo nesta última dirigida para o impacto da doença na família, integrando situações de doença oncológica, toxicodepêndencia, entre outras.

Por último foi constituída a categoria "Família como alvo dos cuidados" que integra duas sub-categorias: "Família como contexto" e "Família como cliente", tendo como base os níveis de intervenção definidos por Friedman (1998). Os conteúdos expressos nas unidades de registos não evidenciaram conceitos perspectivados para níveis de intervenção em que os cuidados são dirigidos a cada um dos membros da família ou aos sub-sistemas familiares. Salienta-se que na sub-categoria "Família como contexto" a família surge como suporte de cuidados em situações do foro psiquiátrico, doença oncológica e idosos em fase terminal.

Quadro 3 – Categorização das unidades de registo expressas nos conteúdos das unidades curriculares que integram a temática "Família"

Categorias	**Sub-categorias**	**Unidades de registo**
Conceitos e tendências da família	Família, comunidade e as organizações	"O parentesco" C01; B01 "Relações sociais" C01 "Aliança e matrimónio" C01 "Diversidade dos contextos familiares" C01 "A vida pessoal na família" E20 "Sociologia da família" E21 "Família e demografia familiar" E02 "História da família ocidental" A06 "A família na sociedade moderna" A06 "A nuclearização da família" A06
	Conceitos de família	"Relatividade do conceito de família" A06
	Tipos de família	"Tipos de famílias" C02 "Famílias monoparentais" A07
Modelos de enfermagem de família	Modelos de avaliação e intervenção familiar	"Modelo Calgary de Avaliação da Família" B02 "Modelo Calgary de Intervenção na Família" B02 "Avaliação da família" E14 "Famílias: teorias e intervenção" A09

Teorias das ciências sociais da família	Teoria desenvolvimental	"O ciclo vital familiar" B02 "Teoria do desenvolvimento familiar" C02 "O papel do meio familiar e social no desenvolvimento da criança" D11; "A reprodução – alterações da dinâmica familiar"E17 "Envelhecimento e alterações familiares" E17 "Enquadramento da criança na constelação familiar;:o processo de vinculação; a relação mãe-filho" A02 "Inicio da idade adulta: … assumpção de novos papéis…" A07 "Idade adulta média: …evolução dos papéis familiares, sociais e profissionais." A07 "Idade adulta avançada: mudança nos papéis familiares, sociais e profissionais" D11
	Teoria interactiva	"Distribuição de papéis" C02
	Teoria estruturo-funcional	"Teoria estruturo-funcional" C02 "Papéis sexuais e a família" A06 "Desempenho do papel de cuidador" E17 "Desempenho do papel parental" E17 "Poder e conflitos" C01
	Teoria sistémica	"Família como sistema" C02
Processos de Saúde/doença	Família e saúde	"Família e saúde" B02 "A abordagem precoce dos riscos de saúde na família." B04 "Enfermagem de saúde da família" D10
	Doença na família	"Impacto social do cancro e o seu tratamento no indivíduo e família." B04 "A doença oncológica – repercussões na família: a função da família na assistência ao doente." E15 "O doente/família em cuidados intensivos." E18 "Efeitos da toxicodependência na família." E16 "Crise e saúde mental na família." E16 "A enfermagem (…) e os utentes/famílias em actividades de vida limitadas." B04
Família alvo dos cuidados	Família como contexto	"O contexto da prática psiquiátrica: o envolvimento familiar" "Assistência aos idosos e família durante a fase terminal e na morte" "A família como contexto assistencial" "Assistência de enfermagem à família do doente oncológico"
	Família como cliente	"Relação de ajuda à família" "Relação terapêutica com a família" "Assistência ao indivíduo/família e comunidade" "Apoio à família em luto" "…. Família… como alvo das intervenções em enfermagem na comunidade"

A análise das unidades de registo possibilitam verificar a discrepância existente a nível das várias instituições, no que se refere aos conteúdos explícitos no planeamento das unidades curriculares.

Temos por exemplo, no que se reporta à Categoria "Conceitos e tendências da família", em que nenhuma das unidades de registo é proveniente da Escola D, sendo a maioria provenientes do planeamento da Escola A, centradas na UC Psicosociologia da Enfermagem.

Sobre os Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar, constata-se que só uma das instituições explicita um Modelo, não havendo descrições de conteúdos nesta área quer da Escola C, quer da Escola D. Estes conteúdos são distribuídos pelas UC de enfermagem.

O mesmo acontece quando visualizamos os conteúdos referentes às teorias das ciências sociais da família: só uma instituição inclui aspectos da teoria interactiva (Escola C na UC Enfermagem 1); três integram conteúdos no âmbito da teoria estruturo-funcional e apenas a Escola C explana a família como sistema; os aspectos do desenvolvimento da família e ou do desenvolvimento dos membros da família são descritos por todas as instituições, apesar de algumas se limitarem à influência do microssitema no desenvolvimento da criança sem integrar áreas de desenvolvimento da família como um todo.

A visualização das unidades de registo das restantes categorias permite confirmar esta heterogeneidade, que sugere para cada instituição um número muito reduzido de conteúdos sobre a temática em estudo, dispersos por diversas UC.

Bibliografia

Relativamente à bibliografia expressa no planeamento das UC, verificou-se a sua presença em três delas: Socioantropologia, Enfermagem I e Enfermagem II. Foram referenciados 11 livros, 3 artigos de revistas e o "Guia da Família Portuguesa" publicado pelo Ministério da Saúde em 1991.

No que se refere aos livros referenciados, as temáticas abordadas nos mesmos enquadram-se na temática da família, nomeadamente nas áreas: sociologia da Família; saúde da família e promoção da saúde familiar; ciclo vital familiar; crise e modelos de avaliação e intervenção na família. Os artigos de revistas estão também integrados nestas áreas.

3.1.4 – Modelos Formativos: Síntese Reflexiva

Evidencia-se a heterogeneidade nos planos de estudo das cinco instituições, quer nas suas características gerais quer na integração da temática "Família" no planeamento das suas UC.

Estas não estão organizadas da mesma forma nas cinco instituições de ensino, predominando em duas delas um bloco inicial de aulas teóricas/teórico-práticas e práticas e posteriormente um bloco de ensino clínico/estágio.

Na globalidade das instituições, as horas previstas no plano de estudos para o ensino clínico e estágio situam-se entre 49% a 55% do total das horas do CLE. Existe uma grande diversidade no número de UC do CLE das cinco instituições, variando entre 17 a 40 na totalidade dos 4 anos.

Relativamente às UC no Plano de Estudos que integram no seu planeamento temáticas no âmbito da enfermagem de família, evidenciou-se a diversidade existente nas cinco instituições. São expressos objectivos, conteúdos e ou bibliografia relacionados com a temática em estudo no máximo de 26% da totalidade das unidades curriculares de ensino teórico. No que se refere ao ensino clínico este valor situa-se entre os 0% e os 75%, salientando-se a heterogeneidade existente nas cinco instituições.

Sobre as Unidades de Registo (objectivos, conteúdos e bibliografia) expressos nas UC identificadas, verificamos que os objectivos integram-se essencialmente no domínio cognitivo associados ao conhecimento e análise. O planeamento dos ensinos clínicos/estágios que integram objectivos direccionados para os cuidados à família expressam o desenvolvimento de competências associadas aos saberes teóricos, experienciais e processuais.

Pela análise efectuada verificou-se não haver congruência na distribuição das unidades de análise por UC, sendo que a sua maioria expressam objectivos ou conteúdos e não os dois simultaneamente. A bibliografia só é expressa em três UC.

Algumas limitações desta análise relacionam-se com o facto da documentação analisada poder não corresponder à totalidade dos documentos disponibilizados aos alunos no decorrer das aulas, assim como não ter sido possível analisar as horas previstas para o desenvolvimento desta temática.

A análise efectuada aos objectivos, conteúdos e bibliografia expressos no planeamento das unidades curriculares, indicam além do número reduzido e fragmentado dos conteúdos que integram temáticas direccionadas à família, dispersão dos mesmos pelas UC. Estes resultados sugerem-nos a pertinência de reflectir sobre o curriculum da licenciatura em enfermagem, visando capacitar os enfermeiros para efectivos cuidados centrados na família.

3.2 – Modelos em Uso: representações, descrições e documentação dos cuidados

Os modelos das práticas decorrem de múltiplos factores, entre eles os próprios modelos formativos e o modo como foram desenvolvidos os processos de aprendizagem no âmbito das práticas dirigidas às famílias. O contexto ecossistémico de interdependência entre estes factores levou-nos a considerar que as representações dos enfermeiros sobre conceitos basilares de enfermagem de família e do seu papel como enfermeiro de família, nos auxiliaria na compreensão das práticas de cuidados às famílias. Se integramos a unidade familiar como um contexto de intervenção de enfermagem também julgamos pertinente compreender que famílias e que necessidades da família requerem cuidados de enfermagem, assim como as intervenções descritas pelos enfermeiros quando tomam a família como alvo dos cuidados.

No âmbito da primeira fase do ciclo de estudos, pretendemos dar resposta a algumas das perguntas descritas no Capítulo 1, que sustentaram o processo de investigação, nomeadamente:

- Quais os elementos estruturantes das representações dos enfermeiros sobre os conceitos de família, saúde familiar e enfermagem de família?
- Quais as práticas e os contextos que definem a tomada de decisão no âmbito da intervenção familiar?
- Que referenciais teóricos e metodológicos subjazem às práticas descritas pelos enfermeiros, nos cuidados às famílias?

Este capítulo pretende representar a interpretação feita relativamente às práticas dos enfermeiros, salientando-se das mesmas os modelos que orientam todo o processo de cuidar, quando os enfermeiros se centram no sistema familiar como contexto de cuidados.

3.2.1 – Objectivos

De acordo com as finalidades e objectivos que nos propusemos neste percurso da investigação, definimos os objectivos, referenciados a seguir, que julgamos expressarem de modo específico, o modo como orientamos o desenvolvimento da análise dos modelos em uso:

- Identificar os elementos das representações dos enfermeiros sobre família, saúde familiar, enfermagem de família, equipa de prestação de cuidados à família e papel do enfermeiro na prestação de cuidados à família;
- Identificar os tipos de famílias sujeitas à intervenção dos enfermeiros;
- Analisar as estratégias utilizadas para identificar as necessidades de cuidados;

- Identificar os focos de atenção utilizados na avaliação familiar;
- Identificar os focos de atenção utilizados nos enunciados diagnósticos;
- Identificar as Intervenções dirigidas à família;
- Analisar as estratégias de avaliação de resultados;
- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre os obstáculos à prática da enfermagem de família;
- Analisar os modelos conceptuais da prática de cuidados à família.

3.2.2 – Características da população

A população deste estudo é constituída pelos vinte e quatro enfermeiros que englobam a equipa de enfermagem do CS. Os dados de caracterização da mesma foram obtidos através da aplicação de um questionário, descristo no su-capítulo seguinte, obtendo-se as respostas de vinte e dois enfermeiros.

A distribuição da idade é claramente assimétrica, existindo uma grande predominância das idades mais jovens. As idades situam-se entre os 23 e os 49 anos, mas existem poucos enfermeiros com idade superior a 35 anos (4), sendo a idade média de 27, 95 com um desvio padrão de 7,09. Sendo a mediana de 26 significando que metade das pessoas têm 26 anos ou menos idade.

Existe uma grande maioria de mulheres, correspondendo a 90,9% dos enfermeiros.

Relativamente ao grau académico verifica-se a existência de três enfermeiros (13,64%) com bacharelato, sendo os restantes detentores de licenciatura em enfermagem. Dos 19 enfermeiros licenciados, 10 obtiveram este grau pela conclusão do CLE tendo apenas 1 frequentado uma instituição localizada fora da área metropolitana do Porto. Dos que frequentaram o Curso Superior de Enfermagem (12) a grande maioria (80,0%) frequentou instituições da área metropolitana do Porto e para a obtenção do grau de licenciatura frequentaram o Ano Complementar ou o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem em instituições localizadas na área Metropolitana do Porto. A análise do percurso formativo dos enfermeiros relativamente aos seus modelos formativos no âmbito dos cuidados à família sugere-nos uma formação condicente com a análise efectuada sobre os planos de estudos, integradas na área metropolitana do Porto.

A maiorias dos enfermeiros situam-se na categoria de enfermeiro (17), seguindo-se a categoria de enfermeiro graduado (4) e enfermeiro especialista, com 1 enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

A distribuição do tempo de serviço na carreira é assimétrica positiva, à semelhança da idade, existindo também grande preponderância dos tempos mais baixos (até 5 anos). Os tempos situam-se entre 1 e 21 anos, com tempo médio encontrado de 5,45 (desvio

padrão de 6,15) e mediana de 3, significando que metade das pessoas tem tempo de serviço até 3 anos, em concordância com a moda que é de 1 ano.

Assim como o tempo de serviço na carreira, o tempo de exercício em CSP apresenta também uma distribuição assimétrica positiva, com uma predominância dos tempos mais baixos semelhante ao tempo de exercício profissional. Os tempos vão desde 1 ano até 17 anos, encontrando-se apenas 2 enfermeiros com mais de 5 anos de prestação de cuidados em CSP. Esta conclusão é comprovada pelo tempo médio de 3,5 anos (desvio padrão de 3,59) ou pela mediana de 3 anos, que significa que metade das pessoas tem tempo de prestação de cuidados até 3 anos, em congruência com a distribuição apresentada relativamente ao tempo de exercício profissional, mantendo-se a moda em 1 ano. Verificamos a existência de uma equipa muito jovem e cujo percurso profissional tem sido desenvolvido no contexto dos CSP.

Relativamente ao modo como adquiram formação em Enfermagem de Família, a formação contínua é referida pela maioria dos enfermeiros (54,55%) como meio utilizado. A formação nesta área em contexto académico sendo mencionada apenas por 36,36% dos enfermeiros sugere concordância com a análise dos modelos formativos, quer pela heterogeneidade nas várias instituições, quer pela dispersão de conteúdos integrados em diversas UC.

3.2.3 – Caracterização do contexto

O Centro de Saúde onde desenvolvemos o estudo tem uma estrutura física orientada para o trabalho modular, constituída por oito módulos com dois gabinetes de enfermagem, dois gabinetes médicos e local para o administrativo responsável pelo respectivo módulo. A organização assistencial é estruturada por equipas de saúde familiar, desde 2002. O enfermeiro de família, como elemento da equipa de saúde acompanha as famílias que lhe estão atribuídas na sua lista, ao longo do seu ciclo vital, de acordo com os programas de saúde emanados pela DGS. Têm horário de funcionamento das 8h às 20h, com equipas de saúde distribuídas no período da manhã e da tarde. No momento em que iniciamos o contacto com o CS, no sentido de identificarmos alguns dos problemas existentes no âmbito dos cuidados de enfermagem às famílias, existiam vinte equipas de saúde familiar, integrando vinte enfermeiros de família.

A equipa de enfermagem era constituída, na sua totalidade, por vinte e quatro enfermeiros. Além dos enfermeiros de família referidos, a equipa era constituída por: enfermeiro chefe, enfermeiro responsável pelos cuidados de enfermagem aos utentes sem médico de família (habitualmente designado como os utentes da consulta de

recurso), enfermeiro integrado na Equipa de Promoção e Protecção da Saúde e de Saúde Escolar, que desenvolve projectos de intervenção de acordo com as prioridades definidas em cada ano, enfermeiro que integra a Equipa do projecto apoio domiciliário integrado (ADI) e exerce funções no âmbito da gestão dos cuidados, coadjuvando o enfermeiro chefe.

A restante equipa englobava vinte e dois médicos de família, vinte e um administrativos, oito auxiliares de acção médica, psicóloga, técnica de serviço social, nutricionista, além de pediatra e ginecologista que realizam consultas de especialidade em alguns dias da semana.

O CS abrange uma população residente de 39 128 indivíduos, correspondendo o número de utentes em 2005 a 44 417, reportando-se a 14 805 famílias.

No que se refere ao SI em uso na ULSM, este foi implementado neste CS em 2004, tendo os enfermeiros desenvolvido diversas formações quer sobre a CIPE® quer sobre o SAPE. Este SI está ligado ao Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS), possibilitando o acesso a vários painéis de aplicação que permitem aos enfermeiros utilizarem os seguintes menus: Pesquisa de utentes, família e comunidade; activação e finalização dos contactos de enfermagem, associação de programas de saúde ao utente, família ou comunidades; planeamento das intervenções resultantes das prescrições médicas e atitudes terapêuticas; visualização dos dados introduzidos no "Módulo SINUS Vacinação"; agendamento de contactos que permite o planeamento e a visualização do histórico de contactos de enfermagem, avaliação inicial que se destina á documentação de dados que fundamentam o juízo diagnóstico; processo de enfermagem que integra a formulação dos diagnósticos e o planeamento das intervenções, com a integração da estrutura designada como "status" que permite a visualização das especificações, do juízo e do grupo de status associado a cada fenómeno de enfermagem; o plano de trabalho que se destina a identificar as intervenções de enfermagem a realizar num determinado contacto; consulta de vigilância do utente, família e comunidades que permite a visualização de um conjunto de dados pré-definidos como a tensão arterial, visualização da evolução do status, consulta de vigilância da família/comunidade que se refere á visualização de dados relativos a intervenções do tipo vigiar e ainda alguns parâmetros da avaliação inicial.

Estão parametrizados os itens da avaliação inicial, assim como os fenómenos mais frequentes para cada programa de saúde com o respectivo status. Há um conjunto de intervenções parametrizadas para cada diagnóstico.

3.2.4 – Procedimentos na recolha de dados

Considerando os objectivos definidos para esta etapa, optamos pela conjugação de técnicas, de forma a podermos efectuar uma triangulação de dados que nos permitisse a análise efectiva das práticas e dos modelos de tomada de decisão.

Instrumentos de Colheita de Dados

Para identificarmos as representações dos enfermeiros sobre constructos associados á enfermagem de família e analisarmos os seus discursos sobre as suas práticas de cuidados á família utilizamos um questionário, permitindo-nos *"avaliar as atitudes, as opiniões e os resultados dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos"* (Fortin, 2003:373).

Para a construção definitiva do questionário foi elaborada uma versão inicial que foi testada por um total de quinze enfermeiros de família de um Centro de Saúde da ULSM, que reúne características semelhantes ao contexto do estudo. Verificamos receptividade dos enfermeiros e pela análise efectuada concluiu-se que as questões foram perceptivas para os mesmos. O instrumento definitivo correspondeu à sua versão inicial, apresentando-se em anexo o questionário aplicado (Anexo 2).

O questionário foi dividido em cinco partes. A primeira parte era constituída por questões fechadas e as restantes por questões abertas.

A primeira página destinava-se á apresentação do estudo e à recolha de informações sócio-demográficas (sexo, idade, ano da formatura e instituição de ensino, grau académico, tempo de exercício profissional e formação em enfermagem de família) que permitiram caracterizar a população alvo e cuja caracterização foi apresentada anteriormente.

Na segunda e terceira parte era proposto aos sujeitos para definirem conceitos no âmbito dos cuidados de enfermagem dirigidos à Família (família, saúde familiar e enfermagem de família) e equipa de cuidados, além de emitirem a sua opinião sobre o papel do enfermeiro na prestação de cuidados à família.

A quarta parte do questionário integrou questões direccionadas para a prática de cuidados às famílias: tipos de famílias que mais necessitam de cuidados de enfermagem; estratégias de identificação dessas necessidades; focos de atenção para avaliação; intervenções mais comuns e estratégias de avaliação de resultados.

Na quinta parte os sujeitos deviam identificar factores considerados como obstáculos à prática dos cuidados de enfermagem prestados às famílias.

Por último era pedido aos enfermeiros que descrevessem uma situação de intervenção familiar especificando a avaliação inicial efectuada, planeamento dos cuidados, execução e avaliação dos resultados.

Para analisar a descrição destes cuidados através da documentação produzida no SIE, fizemos uma análise documental, cuja revisão de registos (Ribeiro, 2007) nos permitiu compreender as suas práticas fornecendo informação complementar á análise dos discursos.

Para complementar a análise da descrição dos cuidados de enfermagem dirigidos ás famílias, utilizamos toda a documentação produzida pelos enfermeiros no SAPE.

Recolha da Informação

Os dados foram recolhidos através da auto-administração do questionário no decorrer do mês de Junho de 2005.

A análise da documentação produzida pelos enfermeiros refere-se a todos os registos efectuados por estes, referentes a intervenções iniciadas com prescrição de enfermagem, resultantes dos contactos efectuados aos utentes e famílias, durante os meses de Maio e Junho de 2005.

3.2.5 – Procedimentos de tratamento e análise dos ados

A análise foi realizada partindo do paradigma sistémico (Vasconcellos, 2002) e do MCAF e MCIF (Wright & Leahey, 2002) como referenciais teóricos de base para a compreensão da tomada de decisão dos enfermeiros no contexto dos cuidados á família. Contudo pela complexidade dos dados colhidos sentimos necessidade de complementar com outros referenciais teóricos permitindo uma análise final que contemplasse quer os aspectos mais relevantes que emergiram da totalidade dos dados, quer as especificidades de cada um dos objectivos, que se interrelacionam.

Utilizamos a técnica de análise de conteúdo, conforma descrita por Bardin (2004), conjugando com outros autores que também a descrevem como uma das técnicas mais comuns utilizada nas diferentes ciências (Vala, 1999). A análise de conteúdo, segundo Flick (2005) constitui-se como a técnica mais antiga na análise de material escrito.

A diversidade de critérios levou-nos em algumas situações a procedimentos exploratórios ou indutivos em que o sistema de categorias resultaram da classificação analógica e progressiva dos elementos e noutras a procedimentos dedutivos em que a partir do quadro teórico ou dos critérios pré-definidos foi estabelecido um sistema de categorias.

Relativamente ao questionário e no que se refere à segunda e terceira parte em que pretendemos identificar os elementos das representações e descrever a forma como estes se organizam, além do referencial teórico de base, utilizamos a teoria das representações sociais considerando que da interacção social emergem valores que

geram uma consciência colectiva e que determinam o modo como os indivíduos representam e comunicam sobre o mundo (Poeschl, 2003). Visando a identificação de inferências na organização do sistema de pensamento dos sujeitos, utilizamos uma análise de conteúdo estrutural (Vala, 1999). A categorização foi essencialmente por via indutiva em que após a identificação e delimitação das unidades de registo organizamo-las em sub-categorias e posteriormente em categorias que descrevessem o campo semântico das unidades, no contexto do referencial teórico de base e a teoria das representações sociais. Relativamente à opinião dos sujeitos sobre o papel dos enfermeiros na prestação de cuidados à família, consideramos as funções do enfermeiro de família definidas por diversos autores (ICN,2002; Hanson, 2004; Friedman, 1998) e estabelecemos o sistema de categorias à priori.

Na análise da informação referente á quarta parte do questionário, mantendo o mesmo referencial teórico e a predominância da via indutiva na análise de conteúdo, recorremos ainda aos conceitos básicos inerentes à metodologia do Processo de Enfermagem (Doenges & Moorhouse, 1994; Friedman, 1998; George, 2000) e à classificação de fenómenos de enfermagem, acções e resultados segundo a terminologia da CIPE® (ICN, 2002b).

Assim, para a análise dos dados referentes às questões sobre os focos de atenção utilizados na avaliação familiar e as intervenções mais frequentes na prática dos cuidados à família utilizamos os critérios definidos por Silva (2001:89) *"a) classificação imediata (termos exactamente iguais aos utilizados na ICNP/CIPE®), b)classificação consensual entre a equipa de análise de conteúdo (termos muito semelhantes), c) outros termos não enquadráveis na ICNP/CIPE®)*.

Para a análise do discurso dos enfermeiros sobre os factores que identificam como obstáculos à prática de enfermagem de família, quinta parte do questionário, estabelecemos um sistema de categorias *à priori*, tendo como base o modelo organizacional descrito por Bertrand & Guillemet (1996) que tem por suporte uma abordagem sistémica das organizações.

Na última parte do questionário, que se reporta á descrição de uma situação de prestação de cuidados a uma família, a análise de conteúdo, por via indutiva, teve como principal objectivo a apreensão dos significados do discurso semântico, centrando-se na utilização da linguagem como representação do mundo social (Ribeiro, 2007).

Fizemos uma análise do discurso (Bardin, 2004) relativamente a toda a informação obtida, cujos resultados e discussão apresentaremos no capítulo seguinte. Contudo seleccionamos como unidade de enumeração a frequência das unidades de registo, possibilitando não só a análise das ligações entre o referencial teórico, as condições contextuais da produção do discurso e as manifestações semânticas, mas também a

forma como as mesmas são valorizadas pela globalidade dos enfermeiros, considerando a sua frequência. Assim, os resultados estão apresentados em números absolutos e percentuais, na forma de tabelas.

Para analisar a descrição destes cuidados através da documentação produzida no SIE, fizemos uma análise documental, cuja revisão de registos (Ribeiro, 2007) nos permitiu compreender as práticas dos enfermeiros fornecendo informação complementar á análise relativa às representações e aos discursos.

Seguimos os critérios utilizados em outros estudos que se reportam á análise da documentação produzida pelos enfermeiros (Silva, 1995, 2001; Sousa, 2006), considerando as intervenções iniciadas com prescrição de enfermagem (Figura 3).

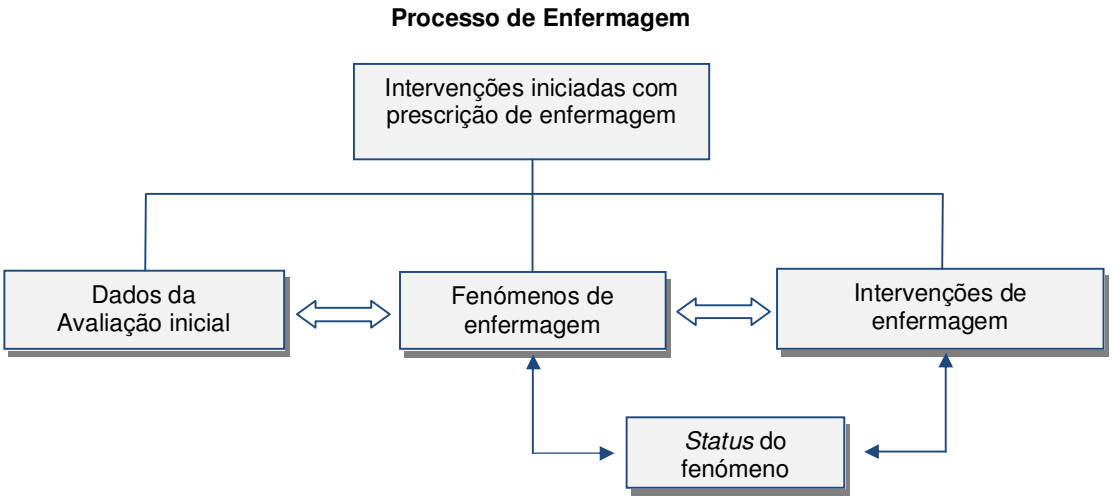


Figura 3 – Diagrama representativo dos critérios para análise da documentação de enfermagem (Silva, 2001; Sousa, 2006)

Consideramos os dados resultantes dos processos de tomada de decisão dos enfermeiros, decorrentes dos contactos efectuados às famílias e aos indivíduos.

Assim, na análise dos dados da avaliação inicial, fenómenos de enfermagem e *status* do fenómeno, demarcamos os que se reportam á família dos que se reportam aos indivíduos, pretendendo evidenciar as práticas centradas nas dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais da família, considerando as suas características sistémicas.

Ainda de acordo com os estudos referidos (Sousa, 2006) na análise dos dados que aludiam a situações que requeriam cuidados de enfermagem, agrupamos em sub-categorias os dados respeitantes aos focos de atenção utilizados nos enunciados diagnósticos e que se encontram classificados no Eixo A ICNP/CIPE® (ICN, 2002b). Posteriormente agrupamos as sub-categorias em categorias que corresponderiam a domínios mais abstractos da ICNP/CIPE®.

Na formulação do diagnóstico, que *"expressa a decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem"* (ICNP, 2002:XV), além da inclusão obrigatória de um termo do Eixo A (Foco da Prática de Enfermagem) e do Eixo B ou Eixo G (Juízo ou Probabilidade), os enfermeiros podem optar por utilizarem termos vindos de outros Eixos (Frequência, Duração, Topologia, Localização anatómica, Portador) reforçando e completando o enunciado diagnóstico. O Eixo H (ICNP/CIPE®, 2002) remete ao portador do fenómeno, referenciados como possíveis entidades portadoras o indivíduo, família e comunidade. A informação colhida relativa às especificações do fenómeno (*status*) permitiu que efectuássemos uma análise sobre a utilização deste Eixo nos enunciados diagnósticos, fazendo emergir aquelas que se reportam à família e aos sub-sistemas familiares.

Analisamos as intervenções por tipo de acção (Eixo A da ICNP/CIPE®) e seguindo critérios idênticos aos utilizados sobre os fenómenos documentados, analisamos a frequência e a representação do sistema familiar na descrição dos enunciados das intervenções. Representação que resulta da sua descrição como entidade que concede conteúdo à acção (Eixo B – Alvo) ou como entidade a quem se reporta a acção (Eixo H – Beneficiário), sendo estes termos opcionais na formulação das intervenções.

O tratamento e análise dos dados foram desenvolvidos através de técnicas quantitativas (índice de frequência), após a categorização inicial. Os resultados estão apresentados em números absolutos e percentuais, na forma de tabelas.

A triangulação dos dados possibilitou-nos a descrição mais detalhada das práticas e tornou mais clara os processos de tomada de decisão relativos aos cuidados centrados na família.

3.2.6 – Resultados e discussão das representações dos enfermeiros sobre família, saúde familiar, enfermagem de família e do seu papel na prestação de cuidados à família

Da análise dos dados relativos à descrição dos enfermeiros sobre o conceito "Família" emergiram três categorias a partir das unidades de registo e do seu agrupamento por sub-categorias, conforme Quadro 4.

Quadro 4 – Representações de Família: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N. º**
Composição	Conjunto de indivíduos	22
Contexto	Coabitação	6
	Não Coabitação	12
Vínculo	Consanguinidade	2
	Consanguinidade ou afectivo	1
	Consanguinidade, relação legal ou afectivo	2
	Consanguinidade ou relação legal	3
	Vínculo Relacional	20
Total		**68**

Surgiram duas perspectivas no sistema de pensamento dos enfermeiros: sociológica e psicológica: da primeira a categoria "*Conjunto de indivíduos"* é expressa por todos os enfermeiros, enquanto a perspectiva psicológica evidencia-se na sub-categoria"*Vínculo Relacional"*, caracterizando-se pela sua natureza afectiva/emocional. *"Laços afectivos"* E03, "afinidades emocionais" E10 ou "partilham interesses afectivos" E02 são algumas das unidades de registo que expressam a dimensão relacional nos discursos dos enfermeiros. Salienta-se a ausência de famílias unipessoais.

Numa análise global verifica-se que a coabitação só é determinante para 27% dos enfermeiros, correspondendo a 6 unidades de registo na sub-categoria "Coabitação". É de notar que referente ao "contexto" a não coabitação se apresenta com o dobro das evocações expressas face à coabitação. Será indício que o vínculo relacional adquire uma nova dimensão, associado ou não à coabitação, nas representações de família?

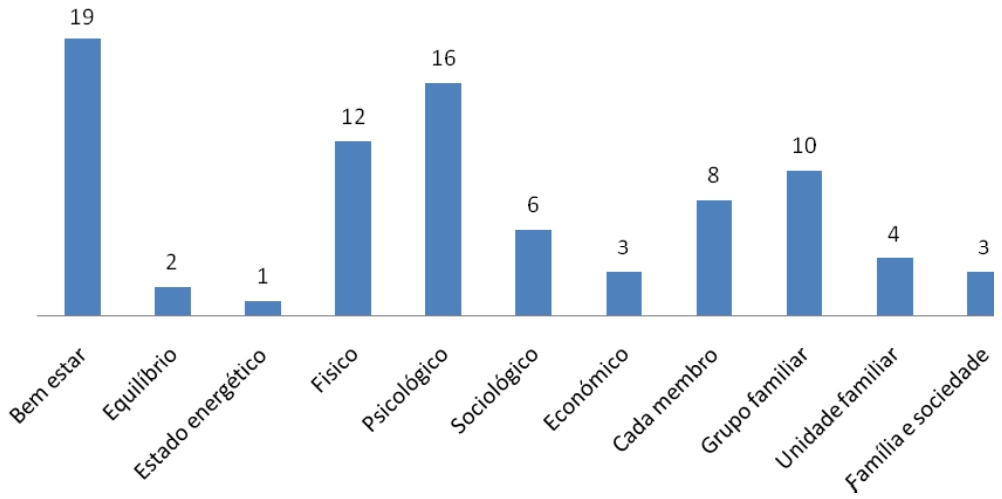
A ênfase na componente estrutural da família, apresenta alguma semelhança á definição de família da ICNP/CIPE® (ICN, 2002b), contudo não decorrem do discurso dos enfermeiros expressões cujo significado expresse as características de totalidade/não-somatividade *"[…] constituída pela família como um todo, é vista como algo mais que os indivíduos […]"* (ICN, 2002b:23).

Não emergem sub-categorias, pela ausência de evocações, sobre atributos sistémicos da família, quer ao nível das interacções ou aos seus mecanismos de funcionamento.

As representações de Saúde Familiar estruturam-se em torno de três categorias: "Caracterização" que integra as sub-categorias que definem a situação de saúde (bem-estar; equilíbrio; estado energético); "Níveis" que corresponde às sub-categorias designadas por "físico", "psicológico", "sociológico" e "económico" e a categoria "Alvo" que pretende incluir os elementos (indivíduos ou sistema) que determinam o conceito de saúde familiar para os sujeitos: "cada membro", "grupo", "unidade" e "família e

sociedade". No Gráfico 3 podem-se observar as frequências das unidades de registo em cada sub-categoria.

Gráfico 3 – Representações de Saúde Familiar: categorização e frequência das unidades de registo



A sub-categoria "bem-estar" com 19 unidades de registo é a mais evocada pelos enfermeiros, seguindo-se "psicológico" com 16 evocações e "físico" com 12, ambas relativas á categoria sobre os níveis ou dimensões do conceito de Saúde Familiar. Sugere-nos que o sistema de pensamento da maioria dos enfermeiros (86,36%) integra o bem-estar como asserção central do conceito, em conformidade com Hanson (2004). Contudo não expressam a multidimensionalidade e dinamismo que subjaz o bem-estar no contexto complexo da dinâmica familiar. Da mesma forma, apesar de expressas as dimensões biológicas, psicológicas e sociológicas inerentes ao estado dinâmico de bem-estar, verifica-se a ausência dos aspectos culturais e espirituais como componentes do conceito.

Para melhor compreensão da estrutura das representações de Saúde Familiar efectuou-se uma observação posterior dos resultados obtidos relativamente à dimensão "Alvo" efectuando-se uma análise de frequências associando as categorias no seu conjunto. Verificou-se que apenas três enfermeiros referenciam simultaneamente cada membro da família e a unidade familiar como alvos da saúde familiar. As asserções dos outros sujeitos são direccionadas exclusivamente para cada uma das categorias, contudo, se a maioria das unidades de registo (14) se referem ao grupo ou à unidade familiar como alvos caracterizadores do conceito, os discursos dos enfermeiros não expressam que o seu sistema de pensamento esteja associado ás interacções entre os membros da

família, ou a processos adaptativos que lhe permita a efectivação de um processo evolutivo saudável (Duhamel, 1995; McCubin, 1993;Sharon & Denham, 1999).

Sobre representações de Enfermagem de Família, estas organizam-se em torno de três categorias: "Níveis de Intervenção", "Caracterização da Intervenção" e "Objectivos". A primeira integra as sub-categorias referentes à natureza das intervenções, nomeadamente os diversos níveis de abordagem familiar nos cuidados prestados às famílias (Friedman, 1998; Hanson, 2004), a segunda relaciona-se com as características do cuidar a família tendo sido as unidades de registo agrupadas em quatro sub-categorias (ao longo do ciclo vital familiar; de acordo com as necessidades da família; nos três níveis de prevenção; baseada na interacção de papéis). A última categoria pretende representar as cognições dos enfermeiros sobre os objectivos dos cuidados de enfermagem prestados à família: promover a autonomia; ajudar a família a gerir as crises; bem-estar e harmonia da família. No Quadro 5 podem observar-se as frequências relativas para cada categoria e sub-categorias descritas.

São as categorias relacionadas com os níveis de intervenção que têm o maior número de evocações, estando presentes todos os níveis de intervenção descritos por Friedman (1998). "Família como cliente" é a sub-categoria mais evocada, representada por 12 unidades de registo que traduzem as respostas da maioria dos enfermeiros (54,5%).

Quadro 5 – Representações de Enfermagem de Família: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Níveis de Intervenção	Família como cliente	12
	Família como contexto	7
	Família como soma dos membros	6
	Sub-sistemas familiares	1
Caracterização da Intervenção	Nos três níveis de prevenção	4
	Ao longo do ciclo vital familiar	3
	De acordo com as necessidades da família	3
	Baseada na interacção de papéis	3
Objectivos	Promover a autonomia	1
	Ajudar a família a gerir as crises	1
	Bem-estar e harmonia da família	1
Total		**42**

Em algumas situações os enfermeiros referem-se a todos os membros da família "prestar cuidados a todos os membros" E02 conjuntamente á importância de cuidar de um dos seus elementos "cuidados direccionados ao indivíduo" E02. Ou ainda "cuidados que o enfermeiro presta á família" E13, concomitantemente a "dirigida ao individuo situado no seu contexto" E13.

Sugere-nos alguma heterogeneidade e pouca clareza no que se refere à distinção entre os vários níveis de abordagem, o que nos parece estar em concordância com as

representações relativas quer ao conceito de família, quer ao de saúde familiar. Será que os enfermeiros quando se referem á família como o foco dos cuidados, o seu sistema de pensamento íntegra o sistema familiar e a abordagem centrada quer nas interacções deste, quer nos sistemas individuais (Wright & Leahey, 2002)? Ou referem-se á família como soma dos membros e a perspectiva incide na família como contexto (Friedman, 1998)?

Na descrição sobre o foco dos cuidados os enfermeiros centram-se essencialmente no termo família, sendo apenas explicita a interacção e a reciprocidade como foco da intervenção por 3 enfermeiros, representada na sub-categoria "baseada na interacção de papéis", a nível da caracterização da intervenção.

Salienta-se um número muito reduzido de unidades de registo (3) que traduzam os objectivos da intervenção em enfermagem de família, expressas nas sub-categorias: "Promover a autonomia", "Ajudar a família a gerir as crises" e "Bem-estar e harmonia da família". Estão de acordo com as finalidades e objectivos referidos pelos autores (Bomar, 1996; Wegner & Alexander, 1993; White, 1997; Friedman, 1998; Wright & Leahey, 2002), contudo evidenciam que as representações não se centram tanto nos objectivos da intervenção quanto no seu alvo.

Da análise dos discursos dos enfermeiros sobre a equipa de prestação de cuidados à família emergiram quatro categorias (Quadro 6): estrutura da equipa; propriedades; objectivos e coordenação. Pela frequência das unidades de registo, verifica-se que os enfermeiros associam o conceito de equipa essencialmente à sua estrutura, traduzindo esta categoria 55,0 % do total das unidades de registo. O conteúdo das sub-categorias revela que 50% dos enfermeiros caracterizam estruturalmente a equipa como multidisciplinar, constituída por vários profissionais. O enfermeiro e o médico são elementos referenciados por todos os sujeitos, como elementos da equipa, correspondendo á definição de equipa nuclear segundo Graça (1992), em que estes elementos constituem a base da mesma, evidenciado pelos discursos de alguns enfermeiros como "médico e enfermeiro são a base da equipa e a restante vária de acordo com as necessidades" E19. Outros profissionais referidos são "psicólogos, assistente social, nutricionista" E10, E11, E12; e ainda "fisioterapeuta, terapeuta ocupacional" E15.

Quadro 6 – Representações sobre a equipa de prestação de cuidados à família: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Estrutura	Descrição disciplinar dos profissionais	11
	Multidisciplinar	11
Atributos	Cooperação	3

	Informação Partilhada	2
	Objectivos comuns	2
	Funções diferenciadas	2
Objectivos	Bem - estar familiar	3
	Resolução de problemas da família	3
	Prestar cuidados à família	3
Coordenação	Médico e enfermeiro	1
Total		**41**

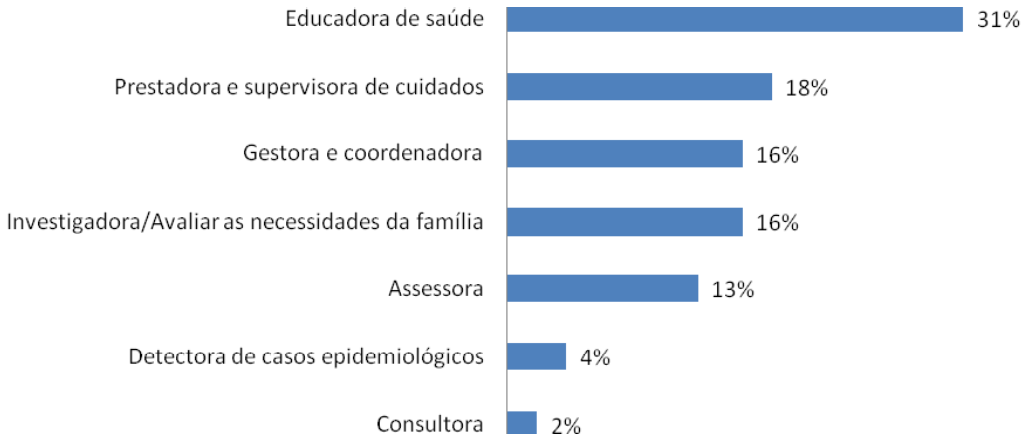
Relativamente às características ou atributos da equipa, os discursos dos enfermeiros integram-se na cooperação, na partilha de objectivos e informação, além da referência ao contributo específico de cada profissional, indo de encontro aos discursos sobre a estrutura da equipa, nomeadamente no que se refere á multidisciplinaridade.

A categoria "Objectivos" integra sub-categorias que se inserem no âmbito do bem - estar familiar, na prestação de cuidados e na resolução de problemas da família. Os discursos integrados na última sub-categoria não sugerem representações direccionadas para a promoção da autonomia da família, mas antes a equipa como detentora de meios para a resolução dos problemas da família.

As representações sobre a equipa de prestação de cuidados indicam que os enfermeiros se assumem como integrantes da mesma, na complexidade inerente á sua multidisciplinaridade.

No que se refere às representações sobre o papel dos enfermeiros na prestação de cuidados à família, a ênfase centra-se no papel de educador, traduzindo esta categoria, de acordo com o gráfico apresentado a seguir (Gráfico 4) 31% do total de unidades de registo, tomando por exemplo: "cuidados educativos" E19; "fazer educação para a saúde" E05.

Gráfico 4 – Representações sobre o papel do enfermeiro na prestação de cuidados á família: categorização e frequência das unidades de registo



Em seguida surge a categoria relativa às funções de prestação e supervisão dos cuidados (18%) cujo conteúdo está direccionado maioritariamente para a prestação de cuidados: "faz tratamentos e consultas regulares" E07; "prestador de cuidados" E02. Emergem algumas unidades de registo (8) indicativas do papel primordial do enfermeiro como elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a família: "gestor" E02; "interligação entre todos os elementos da equipa" E04; "*pivot* dos cuidados". O mesmo número de unidades de registo (8) relativamente á importância do enfermeiro avaliar e identificar as necessidades da família, expresso na categoria "Investigador/Avaliar as necessidades da família".

No conjunto das funções definidas por vários autores (Hanson, 2004; ICN, 2002a; Friedman, 1998), verificamos a ausência de unidades de registo que expressem cognições no âmbito do papel "Modificador do ambiente" ou "Defensor da família". O número muito reduzido de unidades de registo nas sub-categorias "Detectora de casos epidemiológicos" (2) e Consultora (1), é também indicação de que as representações se baseiam essencialmente em papéis direccionados para ensinar a família, avaliar as suas necessidades e prestar cuidados curativos.

Assim, se de acordo com o ICN (2002a) a finalidade dos enfermeiros na prestação de cuidados á família engloba os três níveis de prevenção visando reduzir os riscos prejudiciais à saúde, promover a saúde e fortalecer as competências da família, consideramos que os valores e crenças expressas pelas representações dos enfermeiros não abrangem uma área de actuação tão vasta.

3.2.7 – Resultados e discussão da análise dos discursos dos enfermeiros sobre a sua prática de cuidados às famílias

A enfermagem de família é dirigida a todos os tipos de famílias (Friedman, 1998; ICN, 2002a), caracterizando-se a prática do enfermeiro de família pela proximidade com o contexto e dinâmica familiar, prestando cuidados ao longo do seu ciclo vital.

Sobre o tipo de famílias que mais necessitam de cuidados de enfermagem, salienta-se que apenas um enfermeiro se refere a todas as famílias como necessitando desses cuidados. Os restantes enfermeiros evidenciaram alguns tipos de famílias, de acordo com a sua etapa do ciclo vital, características estruturais, contextuais ou ainda situações específicas que pela sua implicação no funcionamento familiar requeriam cuidados de enfermagem, num total de 69 unidades de registo, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Descrição dos enfermeiros sobre os tipos de famílias que mais necessitam dos seus cuidados: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Desenvolvimento	Famílias com filhos pequenos	7
	Família com filhos adultos/idosas	6
	Formação do casal	3
	Famílias com filhos na escola	3
	Família com filhos adolescentes	1
Estrutural interna	Monoparental	5
	Reduzidas	3
	Unipessoal	1
Estrutural contexto	Classe social baixa	12
Funcionais	Família com membros com patologias crónicas	11
	Famílias com idosos	7
	Família com dependentes	5
	Famílias disfuncionais	4
	Famílias com membros com deficiência	1
Total		**69**

Famílias de classe social baixa e famílias com membros com patologias crónicas, respectivamente com 12 e 11 unidades de registo, traduzem 33,33% do total de unidades referenciadas, sugerindo que a prática dos enfermeiros focaliza-se essencialmente em famílias com necessidades que decorrem do contexto social adverso ou das implicações individuais e familiares, face a uma situação de doença crónica.

A categoria "Desenvolvimento" apresenta o maior número de unidades de registo, distribuídas pelas várias etapas do ciclo vital (Relvas, 1996; Alarcão, 2002), mas com maior incidência na família com filhos pequenos (7), sugerindo que ao longo do ciclo vital da família esta será a etapa em que a família requer mais cuidados de enfermagem.

Sendo as actividades dos enfermeiros centradas nos programas de saúde da DGS, provavelmente é também após o nascimento dos filhos que as famílias mais utilizam o CS, devido á continuidade e periodicidade das consultas de vigilância de Saúde Infantil.

As famílias com filhos adultos, com 6 unidades de registo traduzem a relevância desta etapa, associada pelos enfermeiros ao envelhecimento dos membros das famílias, sendo referenciada pelos mesmos a última fase desta etapa: "família no final da vida" E02; "famílias com os membros idosos" E13. Esta perspectiva é confirmada pela sub-categoria "família com idosos", apresentando um número mais elevado de unidades de registo (7). Não a integramos na mesma categoria por considerarmos que as necessidades de uma família na última etapa do ciclo vital diferem das famílias que se deparam com a necessidade de reestruturação face à entrada de um idoso no sistema familiar. Contudo, a análise em conjunto destas categorias evidencia a focalização dos cuidados de enfermagem em famílias de ou com idosos.

No que se refere às características estruturais, são referenciadas algumas das configurações que ainda se mantém com menor frequência como famílias monoparentais ou unipessoais (INE, 2003). Relativamente à sub-categoria "Famílias reduzidas" esta corresponde inteiramente à unidade de registo que lhe deu forma, pois julgamos que os enfermeiros se referiam á composição familiar, independentemente do vínculo entre os seus elementos. Apesar da monoparentalidade ser referenciada apenas por 22,72% dos enfermeiros, sugere-nos que as características transversais a este tipo de família, associadas a questões sociais e funcionais as evidenciam, como famílias que requerem intervenções de enfermagem.

Numa análise global dos tipos de famílias mencionados pelos enfermeiros, verificamos uma grande diversidade que julgamos traduzir a abrangência dos cuidados de enfermagem às famílias, e que está de acordo com as situações referidas por Wright & Leahey (2002).

Relativamente á forma como os enfermeiros identificam as necessidades de cuidados na família, a análise dos seus discursos permitiu a categorização centrada nos processos utilizados pelos mesmos. Com base nos domínios descritos por Lunney (2004) a categoria referente aos processos interpessoais reporta-se à interacção estabelecida após o inicio do contacto com a família e o contexto que permite a identificação de necessidades. Os processos técnicos englobam os métodos de colheita de dados, partindo do pressuposto que as estratégias para identificação de necessidades na família devem ter como base a utilização de um modelo de avaliação e intervenção (Hanson & Boyd, 1996; Hanson, 2004, Ângelo & Bousso, 2008).

Conforme a tabela seguinte (Tabela 2), verifica-se um total 30 unidades de registo, agrupadas pelas sub-categorias que constituem as categorias mencionadas. Os

discursos dos enfermeiros direccionam-se na sua maioria (63,33%) para os processos interpessoais de identificação de necessidades, sendo referido por 8 enfermeiros que o contacto com a família é iniciado pelos membros da família, tendo como exemplo: "através dos membros da família" E09, E10, E11, E19; "os familiares apresentam as dificuldades" E12; "verbalização de um dos membros" E20.

Tabela 2 – Descrição dos enfermeiros sobre as estratégias que utilizam para identificar a necessidade de cuidados nas famílias: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Processos Interpessoais	Iniciado pelos membros da família	**8**
	Interacção	**5**
	Contexto da interacção	**6**
Processos Técnicos	Análise documental	**2**
	Avaliação Inicial	**7**
	Modelo Conceptual	**2**
	Total	**30**

O contexto da interacção é o domicílio das famílias ou o CS, e os discursos dos enfermeiros evidenciam que as estratégias de avaliação no contexto da interacção se centram na observação e comunicação verbal com os membros da família.

Relativamente aos processos técnicos utilizados, a sub-categoria "Avaliação Inicial" traduz 63,63% do total de unidades de registo da categoria, não sendo referenciado por estes enfermeiros modelos conceptuais de orientação da prática. Instrumentos técnico-metodológicos para a identificação de necessidades das famílias foram referenciados por 2 enfermeiros, nomeadamente o MCAF e MCIF. Salienta-se ainda a análise documental como estratégia utilizada pelos enfermeiros, integrando a análise da documentação produzida nos cuidados desenvolvidos à família, quer pelos enfermeiros, quer por outros profissionais de saúde.

Considerando as representações dos enfermeiros relativas aos níveis de abordagem da intervenção, centradas essencialmente na família como cliente poderíamos considerar que as suas práticas são consonantes com os princípios do *Modelo B* (Schober & Affara, 2001). O contacto é feito através dos membros da família, sendo este o foco dos cuidados. Contudo as representações de família, caracterizadas pela ausência de valores que pressuponham uma concepção sistémica sobre a família, leva-nos a situar a prática dos enfermeiros no *Modelo A* (Schober & Affara, 2001) em que o alvo dos cuidados é o indivíduo e a família é envolvida como suporte de cuidados.

As áreas de saúde que os enfermeiros consideram relevantes no processo de avaliação familiar centram-se essencialmente em áreas relacionadas com o contexto ambiental da

família, os seus mecanismos de adaptação face a situações de stress e a sua matriz interaccional. Agrupando os fenómenos Edifico residencial, *Coping* e Processo Familiar (Tabela 3), estes traduzem 38% do total de fenómenos referenciados pelos enfermeiros. Considerando o número total de enfermeiros, verificamos que os dados reflectem a valorização destes fenómenos pela maioria dos enfermeiros, sendo que 90,9% dos mesmos se referiu ao Edifício Residencial ou utilizou termos que foram integrados como pertencentes a esta categoria de fenómenos; 81,81% se reportaram ao *Coping* e 72,72 ao Processo Familiar.

Tabela 3 – Descrição dos enfermeiros sobre os focos de atenção que utilizam na avaliação inicial da família

Fenómenos de Enfermagem	**N.º**	**%**
Edifício Residencial	20	13,99%
Coping	18	12,59%
Processo Familiar	16	11,19%
Estilos de Vida	11	7,69%
Composição Familiar	10	6,99%
Comportamentos de Procura de Saúde	7	4,90%
Interacção de Papéis	6	4,20%
Adesão à Vacinação	6	4,20%
Planeamento Familiar	6	4,20%
Gestão do Regime Terapêutico	4	2,80%
Cuidado Doméstico	4	2,80%
Auto Cuidado	4	2,80%
Outros	31	21,68%
Total	**143**	**100,00%**

No que se refere ao Edifício residencial surgiram termos como “tipo de habitação” E02; “condições habitacionais” E12 que nos indicam alguns dados utilizados pelos enfermeiros quando avaliam o edifício residencial. Este resultado sugere-nos alguma congruência com o tipo de famílias referenciadas com maiores necessidades de cuidados – famílias de classe social baixa – pois o tipo de habitação e o local de residência são factores que delimitam a classe social (Graffar, 1956; Amaro 1990).

Sobre o *Coping* os termos aos quais atribuímos o mesmo significado são “estratégias adaptativas às situações” E04, E17, “dificuldades para lidar com a situação” E13 e “Adaptação” E05, E12, E21.

Partindo do quadro teórico de análise, complementando com outros autores sistémicos no âmbito da enfermagem de família (Hanson, 2004; Friedemann, 1999; Stanhope & Lancaster, 1999; Anderson, 2000; Feetham, 1991) e ainda com as orientações do ICN (2001) sobre a prática da enfermagem de família, os termos cujo significado se integram

no âmbito das ligações e interacções estabelecidas entre os membros da família, que permitem o funcionamento evolutivo da mesma, traduzimo-los no fenómeno Processo Familiar, tomando como exemplo : "Interacção Familiar" E02, E12 , E13, E17 ; "relações intra familiares" E01 ou ainda "interrelação entre os elementos" E22.

A "Composição familiar" emerge com uma frequência de 10, também com alguma congruência com as representações sobre família, em que esta área estrutural foi muito valorizada pelos enfermeiros.

Os "Estilos de Vida" (11), que integram nos discursos dos enfermeiros focos no âmbito do conhecimento sobre o uso de substâncias, assim como os "Comportamentos de Procura de Saúde" (7) são áreas de atenção que estão em consonância com a grelha avaliativa de Stanhope & Lancaster (1999). Contudo os enfermeiros não descreveram os dados sobre os quais incidia a avaliação deste fenómeno, o que nos leva a questionar se esta referência se reporta a comportamentos individuais ou a estratégias de promoção de saúde que permitam que a família assegure recursos de saúde, internos e externos.

A categoria "Outros" integra os fenómenos com o máximo de 3 evocações, encontrando-se uma grande diversidade, desde Satisfação Conjugal (3), Adaptação à Gravidez (2), Desenvolvimento infantil (2), Vinculação (2), entre outros.

Considerando a ICNP/CIPE® (ICN, 2002b), verificamos que as áreas de saúde relevantes, valorizadas por pelo menos 30% dos enfermeiros, situam-se nos domínios: Pessoa (*Coping*, Estilos de Vida, Comportamentos de Procura de Saúde), Família (Composição da Família, Processo Familiar) e Ambiente Artificial (Edifício Residencial).

Na perspectiva da família como unidade, e salientando os fenómenos que julgamos poder associar aos princípios do MCAF, verificamos que a Dimensão Estrutural traduz 20,98% dos fenómenos referido, traduzida pelo Edifício Residencial e Composição Familiar. Valorização da dimensão funcional expressiva da família (27,98%) com a alusão aos fenómenos: *Coping*, Processo Familiar e Interacção de Papeis.

A análise dos discursos não nos permitiu identificar fenómenos que circunscrevesse-mos ao domínio do desenvolvimento da família. Os eventos de formação do casal, nascimento, educação dos filhos, saída dos filhos de casa e morte são transições ecológicas que se reportam à trajectória evolutiva da família nuclear (Wright & Leahey, 2002; Relvas, 1996). Poderíamos conjecturar que os enfermeiros ao mencionarem a satisfação conjugal ou a adaptação à gravidez poderiam conceptualizar estes fenómenos situados no desenvolvimento da família, por serem áreas primordiais no percurso da família. A não explicitação de dados avaliativos não nos permite fazer essa ligação, pois desconhecemos se os enfermeiros tomam o sistema familiar como foco ou se a avaliação é centrada no individuo, descontextualizado da família.

Ainda de acordo com o modelo teórico de referência (Wright & Leahey, 2002), evidencia-se a ausência de termos, associados a áreas de atenção relevantes ou dados úteis para a avaliação compreensiva da família, nas seguintes dimensões familiares:

- Posição na fratria, sub-sistemas e limites (dimensão estrutural interna);
- Família alargada e sistemas alargados (dimensão estrutural externa);
- Etnicidade, raça, classe social, religião e ambiente (dimensão estrutural de contexto);
- Estádios, tarefas e ligações (dimensão de desenvolvimento);
- Actividades da vida diária (dimensão funcional instrumental);
- Comunicação, influências e poder, crenças e alianças (dimensão funcional expressiva);

Se a análise das representações nos permitiu associar as práticas dos enfermeiros à abordagem da família como contexto, os fenómenos descritos reflectem a ausência de modelos conceptuais orientadores e definidores da prática, quando a família é o alvo dos cuidados.

As intervenções de enfermagem decorrem da interacção entre o enfermeiro e a família, em que os promotores das acções podem ser o enfermeiro, a família, pessoas dos sistemas amplos ou outros profissionais (Friedman, 1998) procurando dar resposta a um diagnóstico validado com a família.

Sobre as intervenções mais comuns na prática de cuidados às famílias, a totalidade dos enfermeiros descreve os tipos de acção, mas apenas em três das intervenções mencionadas está explicita o beneficiário das mesmas: “Encorajar envolvimento familiar” E21; “Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de sinais de úlcera de pressão” E21; “Ensinar auto cuidado aos prestadores de cuidados” E10, E11.

Conforme o Quadro 7, a maior frequência das intervenções por tipo de acção (Eixo A da ICNP/CIPE®), pertence a intervenções no âmbito do Informar (48,44%) e do Atender (34,38%), reflectindo práticas congruentes com as representações sobre o papel do enfermeiro na prestação de cuidados à família. Centradas no papel de educador de saúde, as intervenções mencionadas como mais frequentes referem-se ao Ensinar (25) que se integra no âmbito do Informar e o Assistir (16) no âmbito do Atender. As intervenções específicas englobadas na intervenção Assistir estão associadas principalmente ao apoiar, motivar e encorajar, com alvos diversos como: “Apoio físico-psicológico” E04; “Motivar vacinação” E10, E11; “Encorajar expressão de emoções” E10

Estes resultados sugerem uma concepção de cuidados à família no âmbito da promoção da saúde, sugerindo que as intervenções do domínio cognitivo (Wright & Leahey, 2002)

são as mais valorizadas, tendo como objectivo ajudar a família a mudar a sua percepção sobre os problemas no sentido de as capacitar para a resolução dos mesmos.

Quadro 7 – Distribuição numérica e percentual das intervenções por tipo de acção, segundo os discursos dos enfermeiros

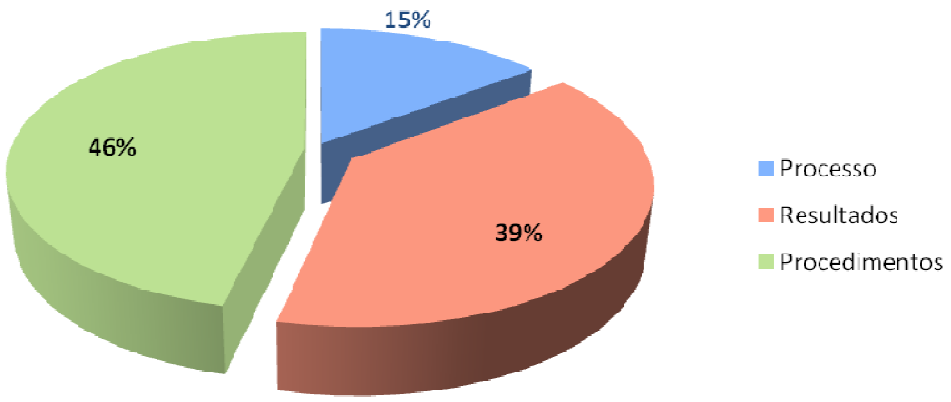
Tipo de acção	**Intervenção**	**N.º**	**%**
Informar	Orientar	6	9,38%
	Ensinar	25	39,06%
Gerir	Distribuir	2	3,13%
Atender	Assistir	16	25,00%
	Relacionar	2	3,13%
	Prevenir	1	1,56%
	Tratar	3	4,69%
Observar	Vigiar	7	10,94%
Executar	Explicar	2	3,13%
	Total	**64**	**100,00%**

Questionamo-nos, contudo, se estas intervenções têm como finalidade a mudança num dos domínios familiares ou se estão centradas num dos membros da família sem considerar as dimensões de estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família.

A avaliação das respostas das famílias aos planos de acção desenvolvidos de acordo com os objectivos de mudança, permite a avaliação de resultados como uma *"medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem"* (ICN, 2002b:xvii).

Na análise dos discursos dos enfermeiros sobre as estratégias utilizadas para avaliarem os resultados, emergiram três categorias (Gráfico 5), com um total de 41 unidades de registo: Processo, Resultados, Procedimentos. A primeira, traduzindo 14,63% do total das evocações, engloba os discursos relativos á avaliação continua do processo de avaliação (Hanson, 2004), tendo como exemplo: "Motivação da família ao longo da intervenção" E17; "verificação dos conhecimentos" E19; "monitorização" E01.

Gráfico 5 – Descrição dos enfermeiros sobre as estratégias que utilizam para avaliarem



os resultados decorrentes das intervenções: categorização e frequência relativa das unidades de registo

Para a categoria "Resultados" agrupamos as unidades de registo cujo significado se relaciona com a mudança efectiva em algum domínio familiar, ou se referente ao individuo, mudança no desempenho de papeis, alteração de comportamentos ou da percepção sobre o problema (Friedman, 1998). Traduzindo 39,02% do total de unidades de registo, os discursos apresentam-se heterogéneos: "satisfação familiar" E20; "alteração dos hábitos" E05, E07; "mudança das emoções familiares" E03; "resultados obtidos" E06, "mudança de comportamento" E01, E17. A diversidade dos critérios explicitados estão em concordância com a abrangência das intervenções, porém não conseguimos traçar uma linha coerente entre as etapas descritas que nos permita concluir que à prática dos enfermeiros está subjacente um modelo teórico organizador da estrutura de pensamento desde a concepção à execução dos cuidados e respectiva avaliação. O enfoque centrado nos resultados leva-nos a questionar como avaliam os enfermeiros o processo de ajuste entre as intervenções implementadas e o domínio de funcionamento familiar em que se pretende efectivar a mudança, considerando que o processo de enfermagem, caracteriza-se pela interactividade e dinâmica que envolve mudanças contínuas (Wright & Leahey, 2002).

Assim como nos discursos referentes às estratégias de identificação das necessidades de cuidados, também aqui emergiu uma categoria relativa aos métodos utilizados para avaliação dos resultados, que designamos "Procedimentos", com uma frequência relativa (46, 34%) superior a cada uma das outras categorias. Se a avaliação deve ter por base os resultados co-definidos com a família, esta deverá ser baseada em critérios que permitam identificar esses mesmos resultados. Poderão ser utilizados os mesmos critérios que levaram à identificação de necessidades e até mesmo medidas padronizadas (Hanson, 2004), como os instrumentos de avaliação familiar. Os discursos relativos ao procedimento utilizado centram-se essencialmente nos processos interpessoais, integrando a observação e as entrevistas. Os processos técnicos, com menor números de evocações reportam-se a aplicação de questionário e de escalas. Não estão explicitados quais os critérios que permitem a avaliação dos resultados nem o tipo de escala utilizada.

Numa análise dedutiva, partindo do modelo organizacional de Bertrand & Guillemet (1996) constatamos que as razões apresentadas como obstáculo para a prática de enfermagem de família localizam-se sobretudo na estrutura organizacional, sendo esta a categoria mais representativa (55,17%). Com base numa concepção ecossistémica das organizações, a estrutura organizacional que traduz o contexto microssistémico integra múltiplos subssistemas, cujas características lhe conferem especificidade: sub-sistemas

culturais; sub-sistema de gestão, sub-sistema estrutural e sub-sistema termocognitivo. As sub-categorias foram denominadas segundo esta terminologia.

Conforme os dados apresentados na tabela a seguir (Tabela 4), o sub-sistema estrutural e o sub-sistema tecnocognitivo detêm, com igual número de unidades de registo (13) maior representatividade no conjunto destas sub-categorias. Assim, no campo estrutural "as limitações do tempo para desenvolver as actividades" e "inexistência de modelos conceptuais", "carência de formação na área da família", além de "recursos materiais" no campo tecnocognitivo, correspondem às unidades de registo mais frequentes nestas sub-categorias. A escassez de tempo, o deficit de conhecimento e a existência de poucos modelos teóricos ligados à prática, são razões já apontadas na literatura (Centa, Albuquerque & Arcoverede, 2004; Angelo, 1999; Gilliss, 1991; Hanson & Boyd, 1996; Wright & Leahey, 2002; Schober & Affara 2001) para que os cuidados de enfermagem ainda se mantenham centrados no indivíduo. Com menor número de unidades de registo (2), o sub-sistema de gestão com referências ao "elevado número de famílias por enfermeiro", o sub-sistema psicossocial (2) com menções a "dificuldades no trabalho em equipa"; e por último o sub-sistema cultural, com apenas uma unidade de registo referente aos "valores da organização sobre saúde familiar". Julgamos que a escassez de tempo para o desenvolvimento das actividades poderá estar relacionada com a dotação inadequada de enfermeiros relativamente ao número de famílias abrangidas pelo CS, pois o valor médio de famílias por enfermeiros corresponde a 672 famílias, distanciando-se dos valores preconizados pela OMS (2002) que variam entre 300 a 400 famílias.

Tabela 4 – Descrição dos enfermeiros sobre os obstáculos à prática de enfermagem de família: Categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**	**%**
Estrutura Organizacional	Sub-sistema cultural	1	1,72%
	Sub-sistema gestão	3	5,17%
	Sub-sistema estrutural	13	22,41%
	Sub-sistema psicossocial	2	3,45%
	Sub-sistema tecnocognitivo	13	22,41%
			55,17%
Meio específico	Cliente/Família	16	27,59%
Meio geral	Cultura	10	17,24%
Total		**58**	**100,00%**

O meio específico reporta-se aos sub-sistemas com os quais a organização interage directamente, como os clientes, as instituições com quem trabalha directamente,

(Bertrand & Guillemet, 1996), correspondendo ao nível mesossistémico. Aqui a família é apresentada como obstáculo à prática da enfermagem de família, sendo no conjunto de todas as sub-categorias a que apresenta maior número de unidades de registo (16), significando que para 72,72% dos enfermeiros a família constitui-se efectivamente como impedimento para o desenvolvimento da sua prática. Apresentadas razões relacionadas como "a falta de disponibilidade das famílias" e "pouca receptividade das famílias", leva-nos a reflectir sobre os principais motivos que subjazem a estas percepções dos enfermeiros. O desconhecimento da comunidade em relação ao trabalho dos enfermeiros (Centa, Albuquerque & Arcoverede, 2004) apresenta-se como um motivo que poderá interferir na relação enfermeiro e família no sentido de possibilitar intervenções que encarem a complexidade do sistema familiar. Também a imagem tradicional dos enfermeiros como apenas competentes em tarefas que são delegadas pelos médicos permanece ainda actualmente em muitos contextos e a falta de clareza do seu papel agrava o desconhecimento, influenciando as atitudes e as representações sociais sobre as funções e papéis dos enfermeiros (Schober & Affara 2001).

Situando as representações sociais no meio geral (Bertrand & Guillemet, 1996), em paralelo com os aspectos culturais, políticos, económicos, tecnológicos que regulam a organização social verificamos a presença de 10 unidades de registo com alusão a estas representações. Estes resultados parecem-nos congruentes, na medida em que, de alguma forma, permitirá justificar as percepções dos enfermeiros relativamente á não receptividade das famílias.

Na análise da descrição dos enfermeiros sobre uma situação específica de intervenção familiar, realizamos essencialmente uma análise do discurso, visando o estabelecimento de ligações que completasse a nossa compreensão sobre as práticas, partindo duma visão global da descrição das mesmas. Apresentamos na Tabela 5 a quantificação das unidades de registo, representando as categorias e sub-categorias que emergiram da análise dos dados, possibilitando-nos a identificação das dimensões mais valorizadas na descrição das práticas.

Tabela 5 – Descrição dos enfermeiros sobre o desenvolvimento de uma intervenção a uma família: Categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Processo de Enfermagem	Todas as etapas	3
	Algumas etapas	10
Avaliação Inicial	Processos técnicos	11
	Processos interpessoais	4
Diagnóstico	Focos no domínio pessoa	10
	Focos no domínio família/ambiente	3

Planeamento das intervenções	Resultados esperados	1
	Tempo	1
Implementação das Intervenções	Contexto	2
	Tipo de acção	22
Avaliação de Resultados	Processo	4
	Resultados	7
	Procedimentos	1
Total		**79**

Apenas 13 enfermeiros responderam a esta questão, traduzindo 50,09% do total de enfermeiros e só 10 das situações descritas se referem a uma família específica, pois as restantes respostas reportam-se a princípios gerais e metodologias utilizadas na intervenção familiar.

Das famílias descritas aparecem duas referências ao tipo de família, de acordo com a sua estrutura e ainda uma referência à etapa do ciclo vital: "Família unipessoal" E04; "Casal" E20 e "Família com filhos adultos" E17.

São as necessidades que decorrem de patologias crónicas ou dependência de um dos membros que são mais representativas dos cuidados. Descritas em seis famílias a dependência de um dos membros, duas em que um dos membros é portador de ferida, uma cujo enfoque é a não adesão á vacinação e outra situação que se reporta a uma família com recém-nascido.

Apenas 3 enfermeiros descrevem a sua intervenção especificando todas as etapas do Processo de Enfermagem, como método que integra acções sistematizadas e sequenciais, constituído por cinco etapas (Doenge & Morhouse, 1994; Hanson, 2004), as quais designamos da seguinte forma: Avaliação; Processo Diagnóstico; Planeamento das Intervenções; Implementação e Avaliação dos Resultados. Os restantes focalizaram-se particularmente nas intervenções realizadas e evidenciando-se menor enfoque nas etapas de avaliação inicial e avaliação de resultados.

A avaliação inicial da família é uma das fases mais importantes do processo de intervenção (Hanson & Boyd, 1996), pois sendo baseada num modelo conceptual de enfermagem de família, possibilitará a tomada de decisão sobre os dados a colher, direccionando tanto para os problemas da família quanto para as suas forças. Da mesma forma a avaliação dos resultados permitirá identificar as mudanças ocorridas nos domínios do funcionamento familiar (Wright & Leahey, 2002). Os dados ao reflectirem a pouca valorização dos enfermeiros relativamente a estas etapas, leva-nos a reflectir se a arquitectura dos padrões de documentação do SAPE não influenciam a prática dos enfermeiros, visto que nesta não há articulação entre os dados da avaliação inicial e o processo diagnóstico.

Na exposição relativa à avaliação inicial, da mesma forma que na análise anterior relativa às estratégias de identificação da necessidade de cuidados, os discurso distribuíram-se pelos processos técnicos e interpessoais, num total de 15 unidades de registo, mas agora com maior enfoque nos primeiros (11). Aqui os enfermeiros mencionaram dados resultantes da colheita de dados ou instrumentos metodológicos utilizados. Os dados da colheita de dados reportam-se na sua maioria (80%) a um dos membros da família, e apuramos que dois enfermeiros descrevem dados relativos às condições de higiene da habitação.

Há referência, por um enfermeiro, ao MCAF como o modelo conceptual utilizado na sua prática com as famílias e dois enfermeiros referem-se a Instrumentos de Avaliação Familiar: genograma, ecomapa, escala de Graffar e APGAR Familiar, assim como à utilização de questões circulares na avaliação das necessidades das famílias. Contudo estes enfermeiros não fizeram uma descrição sobre uma intervenção que tenha ocorrido no contexto da sua prática clínica, fazendo referência apenas a referenciais teóricos e metodológicos.

Estes resultados sugerem-nos uma abordagem centrada nas necessidades de um membro da família, não integrando as dimensões estruturais, desenvolvimentais e interaccionais que influem no estado de saúde da família.

Relativamente às situações identificadas pelos enfermeiros que requereram cuidados de enfermagem, concentram-se em áreas de atenção direccionadas para um membro da família, como exemplo: ferida cirúrgica, ferida, dispneia, edema, úlcera de pressão, gestão do regime terapêutico, auto-cuidado higiene. Rendimento familiar e habitação são as únicas áreas de atenção referentes ao contexto do indivíduo e família, que consideramos integradas na dimensão estrutural de contexto, segundo o MCAF.

Notória a inconsistência que emerge do relato de uma situação de cuidados, pois nos discursos anteriores referentes aos focos de atenção mais comuns nos cuidados às famílias (representados na Tabela 3), surgiram com maior frequência fenómenos do âmbito funcional e interaccional, como o *Coping* e Processo Familiar. Nestes relatos quer os dados relevantes da avaliação inicial, quer as situações que requerem cuidados de enfermagem não se enquadram nestas áreas familiares.

Sobre o planeamento das intervenções surgem apenas duas unidades de registo, uma delas referente ao período de tempo previsto para a avaliação da evolução do estado diagnóstico (“de 3 em 3 meses” E04) e outra que se refere aos objectivos da intervenção, (“Promover a qualidade de vida do indivíduo” E14), em acordo com alguns dos princípios definidos por Friedman (1998) sobre o planeamento dos cuidados, não sendo, no entanto, descritas as intervenções. Não foi possível identificar o papel da família como

interveniente do plano e o compromisso desta com o mesmo, pela ausência de informação discursiva neste âmbito.

A maior frequência das intervenções por tipo de acção (Eixo A da ICNP/CIPE®), pertence a intervenções no âmbito do Informar, com 15 unidades de registo, centralizadas em "Ensinar" e "Orientar". Além destas surgem intervenções no âmbito do "Executar" (5) e "Observar" (2).

Mantendo em predominância os tipos de acção de cariz instrutivo, constatamos novamente incongruência, agora entre as necessidades identificadas e as intervenções desenvolvidas. Com efeito "ensinar sobre observar os pés" E09 ou "orientar para nutricionista" E08, são exemplos de intervenções que não parecem coerentes no contexto das necessidades relatadas. Como também o conjunto das intervenções não nos parece responder às necessidades identificadas em cada uma das famílias.

A maioria (86, 73%) tem como beneficiário o membro da família e unicamente duas intervenções integram a família: "Orientar família para auto-vigilância" E10 e "Instruir família para auto vigilância" E10.

Apesar das intervenções, mesmo quando focalizadas no sistema familiar, poderem ser direccionadas para um dos membros (Whall & Fawcett, 1991) terão que na sua essência prever a ocorrência da mudança no funcionamento familiar.

Em concordância com as respostas referentes às estratégias de avaliação de resultados, é a sub-categoria "Resultados" a mais representada (58,33%) comparativamente às estratégias referentes ao Processo (33.33%) e aos Procedimentos utilizados (8,34%).

Resultados direccionados para as mudanças dos diagnósticos, descritas essencialmente as alterações ocorridas a nível das funções do individuo, como: "lesões cicatrizadas" E18; "aumento de peso do bebe" E09; ou "redução dos valores glicemicos e tensionais" E20. Outras unidades de registo de cariz interaccional, como "maior satisfação conjugal" E19 e "mudanças nas relações emocionais" E17 sugerem intervenções centradas nas interacções dos membros da família, mas em menor número.

A análise aprofundada que efectuamos para cada uma das etapas descritas e a interrelação entre as mesmas, aponta para uma prática direccionada ao indivíduo e, na maioria das situações as necessidades de cuidados são centradas na doença, podendo confirmar o vínculo ainda existente entre a enfermagem e o modelo biomédico (Weirich, Tavares & Silva, 2004).

3.2.8 – Resultados e discussão da análise da documentação de enfermagem: da concepção e execução de cuidados de enfermagem

Sendo os objectivos direccionados para a compreensão das práticas dos cuidados às famílias, pareceu-nos contudo pertinente analisar toda a documentação produzida, resultante dos cuidados focalizados na família como unidade, assim como dos focalizados no indivíduo. Esta opção permitiu não só evidenciar a descrição das práticas às famílias mas também a sua valorização no contexto global dos dados documentados.
De acordo com os critérios definidos previamente para a análise, e considerando a arquitectura do aplicativo SAPE, apresentamos os resultados distinguindo os dados produzidos em sequência dos cuidados às famílias e dos cuidados aos indivíduos.
Por último fazemos uma análise global, evidenciando os aspectos mais relevantes no âmbito das práticas centradas na unidade familiar.

3.2.8.1 – Avaliação inicial

Para a análise da informação relativa aos dados documentados na avaliação inicial, utilizamos as categorias definidas na aplicação informática SAPE, quer para a avaliação das famílias, quer para a avaliação dos indivíduos.
Cada uma das categorias engloba um determinado número de itens relativos á colheita de dados. O número de itens difere entre as categorias, implicando que o número de dados obtidos em cada uma seja proporcional ao número de itens.
Assim, na análise dos dados referentes á avaliação inicial, calculamos o valor médio de dados documentados em cada categoria de dados, por considerarmos que, desta forma, tornar-se-ia evidente a categoria mais valorizada pelos enfermeiros, no contexto da documentação. Para determinarmos o valor médio dividimos o número de dados documentados em cada categoria, pelo respectivo número de itens.

Avaliação Inicial das Famílias

Foram realizados 40 contactos que geraram 163 registos correspondentes à avaliação inicial, reportando-se estes registos a dados relativos a 11 famílias, que representam 0,07% do total de famílias inscritas no CS.
Na tabela seguinte (Tabela 6) podemos verificar a presença de dados documentados em todas as categorias, destacando-se a caracterização sócio-económica das famílias, com um valor médio de dados de 7,00.

Tabela 6 – Distribuição dos dados referentes à avaliação inicial dos indivíduos, segundo o valor médio de dados documentados por categoria

Categorias	$\overline{X}$

Caracterização socio-económica	7,00
Edifício residencial	5,60
Actividades de estilo de vida	2,50
Aspectos relevantes de saúde	2,40
Outras situações	2,00
Prestador de cuidados	1,40
Utilização dos serviços de saúde	1,00

Da análise do conteúdo desta categoria apuramos que todas as famílias (11) estão classificadas de acordo com a etapa do ciclo vital e também qualificadas segundo o tipo de família. Outros dados registados, referem-se ao rendimento e ao apoio social. No item "observações" surgem dados referentes á classe social de uma das famílias, com a descrição do *score* obtido através da utilização da Escala de Graffar.

Segue-se a categoria "Edifico residencial" com um valor médio de dados registados de 5,6. Estes reportam-se à caracterização do tipo de habitação, incidindo no número de divisões, além de dados sobre o abastecimento de água, saneamento básico, electricidade, conservação e higiene da habitação. No item "Observações" surgem dados relativos aos animais domésticos, electrodomésticos e equipamentos de lazer.

As categorias "Actividades de estilo de vida" e "Aspectos relevantes de saúde" apresentam um valor médio de registos muito próximo, respectivamente de 2,5 e 2,4. A primeira integra dados sobre o uso de substâncias (tabaco, álcool e droga), enquanto a segunda abrange dados referentes à adesão á vacinação, à dependência de um dos membros da família e doenças crónicas. Os dados registados referem-se a situações de dependência de um dos membros.

Os dados referentes à categoria "Prestador de Cuidados" centram-se na identificação deste (nome, parentesco, escolaridade, profissão e contacto), e ainda sobre os papéis desempenhados pelo mesmo. Embora com um valor médio de registos muito reduzido (1,4), assinala-se a descrição, apenas em uma das famílias, das tarefas desenvolvidas pelo membro da família no exercício do seu papel de prestador de cuidados.

A categoria "Outras situações" permite o registo em texto livre sobre dados que os enfermeiros considerem relevantes na colheita de dados. Surgiram dois registos, um referente ao *score* da Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe e outro registo sobre dados relativos à interacção com a família alargada.

O número reduzido de famílias com registos na avaliação inicial, leva-nos a reflectir sobre as relações causais recursivas inerentes à complexidade organizacional que integra os sub-sistemas famílias e enfermeiros. Parece importante realçar a valorização da área estrutural da família (Wright & Leahey, 2002) comparativamente às restantes dimensões

do sistema familiar, congruente com a área de atenção mais valorizada na informação discursiva sobre os focos utilizados na avaliação inicial (Edifício residencial). Porém, muito aquém relativamente às áreas interacionais, mencionadas pelos enfermeiros quando se referem à sua prática com as famílias.

É notório, mais uma vez, a ausência de modelos que fundamentem a prática, parecendo-nos que a documentação baseia-se exclusivamente no registo dos itens pré-definidos, cujo enfoque também não nos parece estar centrado nas dimensões interaccionais, funcionais e estruturais do sistema familiar.

Avaliação Inicial dos Indivíduos

Foram efectuados 16 254 contactos nestes dois meses que se reportam a 7354 indivíduos, o que corresponde a 16,55% do total de utentes inscritos no CS. Apesar de evidenciar o reduzido número de utentes que tiveram contacto com os enfermeiros no período de tempo a que se reporta a análise, é significativamente maior que os contactos realizados com família, como unidade de cuidados.

Os contactos efectuados permitiram efectuar 8033 registos correspondentes à avaliação inicial.

Verificamos pela Tabela 7 que os dados documentados pelos enfermeiros distribuem-se pela maior parte das categorias pré-definidas para a avaliação inicial dos utentes, não existindo registo nas seguintes categorias: Apoio Social, Situação Profissional e Tegumentos.

Contudo dados sobre a situação profissional estão descritos na categoria "Dados Gerais", que integra um item relativo á profissão e que traduz 41,90% do total de dados que inteiram a mesma. Além da situação profissional, outros dados de identificação do utente como o estado civil, o nome preferido e as habilitações literárias perfazem o seu conteúdo, sendo esta a categoria mais representativa da avaliação individual que é realizada com a pessoa, com um valor médio de dados documentados correspondente a 498,52.

Tabela 7 – Distribuição das categorias dos dados referentes à avaliação inicial dos indivíduos, segundo o valor médio de dados documentados na categoria

Categorias	$\overline{X}$
Dados Gerais	498,52
Utilização do Centro de Saúde	180,71
Antecedentes Pessoais	140,71
Saúde Reprodutiva	87,63
Auto-Vigilância / Rastreio	75,00
Outras Situações	46,00

Saúde Infantil/Saúde Juvenil	25,25
Saúde da Mulher/Saúde Materna	24,90
Situações Especiais	24,60
Prestador de Cuidados	11,60

Dados relativos à categoria "Utilização do Centro de Saúde", apresentam um valor médio de registo correspondente a 180,71, referindo-se aos motivos para utilização do mesmo, como: situação de doença, consultas de vigilância, vacinação, apoio domiciliário e tratamentos.

Os "Antecendentes Pessoais" referem-se a doenças, incapacidades e uso de substâncias, com um valor médio de registo de 140,71. É de salientar a duplicação na avaliação inicial da família e do individuo, no que se refere aos itens sobre o uso de substâncias.

Na categoria "Saúde Reprodutiva", 59,3% dos registos correspondem a dados sobre contracepção. Os dados documentados relativos à "Autovigilância e Rastreio" incidem na realização de colpocitologias.

Com um valor médio de registos menor que as categorias descritas anteriormente, surge "Outras Situações" (46,0) que corresponde a registos sobre o edifício residencial e a problemas familiares de âmbito interaccional. Sugere-nos a duplicação de dados ou perspectivas diferentes na prestação de cuidados, neste caso o individuo no contexto da família e assim a importância destes dados na sua avaliação inicial. Porém as características de totalidade e globalidade do sistema levam a que qualquer problema ou alteração no sistema tenha repercussões nos seus elementos, em maior ou menor grau. O que nos leva novamente a reflectir sobre a contradição entre os discursos que expressam a família como a unidade de cuidados e a documentação direccionada apenas para o indivíduo, mesmo quando se referem a áreas familiares.

As categorias "Saúde Infantil/ Saúde Juvenil" e "Saúde da Mulher/Saúde Materna", apresentam, respectivamente, como valor médio de registos 25,25 e 24,90. Na primeira os registos reflectem um enfoque na alimentação e na dentição. Na segunda verifica-se homogeneidade na distribuição de registos pelos vários itens sobre a história obstétrica.

Dados sobre Hipertensão, Diabetes e Ostomias preenchem a categoria "Situações Especiais" e por ultimo a categoria "Prestador de Cuidados" (11,60) com os mesmos itens referenciados na avaliação inicial das famílias.

Em síntese, a informação analisada reflecte a duplicação de itens com os padrões da avaliação da família, referentes ao uso de substâncias e dados sobre o prestador de cuidados. Ainda o registo de dados referentes á áreas familiares na avaliação inicial do individuo quando a aplicação integra um *menu* especifico para esse fim.

3.2.8.2– Fenómenos de enfermagem

Família

Do total de contactos documentados que produziram registos referentes a 11 famílias, apenas em 6 está explicitada a necessidade de cuidados de enfermagem, correspondendo à identificação de 18 fenómenos (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos das famílias

Fenómenos	**N.º**
Processo familiar	4
Edifício Residencial	2
Satisfação Conjugal	2
Papel de prestador de cuidados	2
Rendimentos	1
Dimensão da família	1
Gravidez não planeada	1
Stress do prestador de cuidados	1
Cozinhar	1
Relação sexual	1
Relação dinâmica	1
Escuta activa	1
Total	**18**

O domínio das situações que requerem cuidados de enfermagem documentados com maior frequência é o Processo Familiar (ICNP/CIPE®, 2002), que integra os registos relativos aos fenómenos: Processo Familiar (4), Satisfação Conjugal (2) e Gravidez não Planeada (1). De acordo com a ICNP/CIPE® os focos no domínio Processo Familiar, associam-se á dimensão interaccional da família na sua perspectiva expressiva que permite a funcionalidade da família. Nas especificações dos fenómenos são documentados dados sobre interacções entre díades (casal, mãe-filho) e sobre a complexidade das interacções entre todos os membros.

Segue-se o domínio Interacção de Papéis: Papel de prestador de cuidados (2), Relação sexual (1) e Relação dinâmica (1). Ainda encontramos fenómenos nos domínios relativos ao Cuidado Doméstico (rendimentos, cozinhar), Infra-Estrutura (Edifício Residencial), Dimensão da Família, Adaptação (Stress de Prestador de Cuidados) e Comunicação (escuta activa).

Considerando os domínios mais abstractos da ICNP/CIPE®, verificamos que as situações identificadas, que requerem cuidados de enfermagem, localizam-se ao nível do domínio Família (Dimensão da família, Satisfação Conjugal, Gravidez não planeada e Processo Familiar), Pessoa (Stress do prestador de cuidados, Cozinhar, Relação dinâmica, Relação sexual, Papel de Prestador de Cuidados e Rendimentos) e Ambiente (Edifício residencial). Tal como sucedeu nos discursos relativos aos focos de atenção que utilizam na avaliação familiar, os enfermeiros não se limitam às áreas de atenção descritas pela ICNP/CIPE®, que integram o domínio da família.

Apesar do número diminuto de famílias com registos sobre necessidades de cuidados, constatamos que os fenómenos mais documentados são coincidentes com os descritos quando os enfermeiros eram questionados sobre a sua prática, nomeadamente o Processo Familiar e Edifico Residencial. Contudo a análise do relato de uma situação de intervenção permitiu verificar que o edifício residencial era os únicos fenómenos que poderíamos situar no contexto de cuidados à família como um todo.

A informação analisada relativamente á avaliação inicial, assim como as especificações dos fenómenos não nos permitiram reconhecer quais os dados colhidos pelos enfermeiros, junto das famílias, que lhes permitiram ajuizar sobre estes focos. Sugerem-nos que as necessidades de cuidados se centram na dimensão funcional expressiva (Wright & Leahey, 2002), não evidenciando, porém, que a decisão sobre estes fenómenos tivesse por base um modelo de saúde familiar.

Alguns dos fenómenos referenciados coincidem com áreas de atenção relevantes para os diagnósticos familiares, referenciados na literatura (Friedman, 1998; Thomas, Barnard & Sumner, 1993), como processo familiar, papeis, manutenção e gestão da casa.

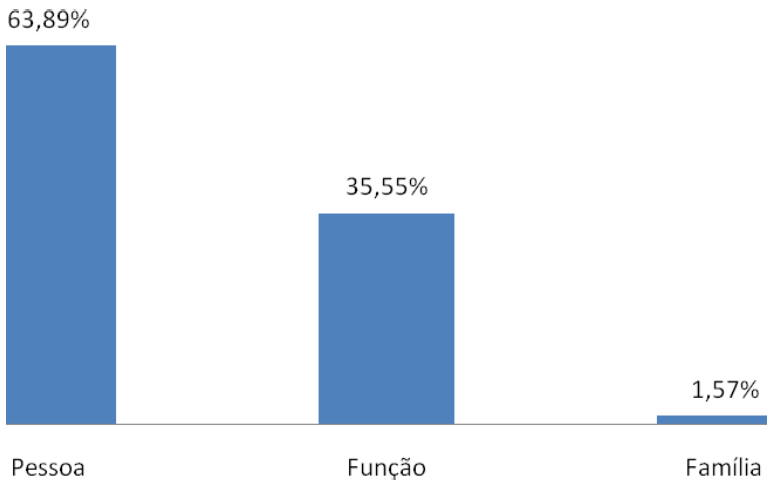
Contudo só uma colheita de dados que integre as diversas áreas de funcionamento familiar (Friedman, 1998) permitirá identificar, com as famílias, as suas reais necessidades e a identificação das suas forças.

Indivíduos

Do total de indivíduos a quem foi realizado pelo menos um contacto (7354), foram identificadas situações que requeriam cuidados de enfermagem, correspondendo à identificação de 4342 fenómenos.

A análise do Gráfico 6 sugere-nos que as situações que requerem cuidados de enfermagem, quando tomam o indivíduo como alvo dos cuidados, se direccionam particularmente para os seus processos comportamentais e cognitivos realizados pelos indivíduos, mais do que para os seus processos biológicos. Os focos do Domínio Pessoa (ICNP/CIPE®) representam 63,89% do total de focos documentados, enquanto o Domínio Função 34,55%.

Gráfico 6 – Distribuição percentual dos focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos por Domínios da ICNP/CIPE®



Apesar da pouca relevância no contexto global dos fenómenos documentados, surge o Domínio Família (ICNP/CIPE®) com uma expressão de 1,57%, que perfaz 68 registos. Questionando as razões que subjazem à utilização de focos no domínio da família que requerem cuidados de enfermagem ao individuo, julgamos que a análise da descrição dos cuidados sugeriu dificuldade em consensualizar as áreas de atenção especificas direccionadas para a família como unidade, nas suas dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais e as áreas de atenção especificas para o individuo, mesmo quando a concepção de cuidados é contextual.

Com a análise mais aprofundada dos focos utilizados nos enunciados diagnósticos pretendemos visualizar especificidades que complementem a análise da prática dos cuidados, ou o que os enfermeiros valorizam dessa mesma prática, através do processo de documentação.

Sobre os focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, integrados no Domínio Pessoa ICNP/CIPE®, verificamos pela Tabela 9 que o maior número de registos está concentrado em 7 focos, que traduzem 86,38% do total.

Foram enumerados pelos enfermeiros um total de 64 fenómenos, não sendo descritos na tabela os que apresentaram um número de registos inferior a 50. O número mínimo de registos corresponde a 1, o que sucedeu em 23 dos fenómenos enumerados.

A categoria dos focos enunciados com maior frequência é “AutoCuidado” (92,73%), considerando os que obtiveram um número de registos superior a 50, traduzido pela sub-categoria “Comportamento de Procura de Saúde”, onde se integram os cinco fenómenos

mais documentados. Estes pertencem ao domínio mais abstracto da ICNP/CIPE® (2002:55) que corresponde à *"Acção realizada pelo próprio"*, designado como *"[…] efeito, acção ou comportamento dependente de cada um e que pode ser executado pelo próprio, mas não necessariamente sozinho"* associado á gestão de recursos de cuidados de saúde.

Ainda pela Tabela 9, verificamos que a "Adesão à Vacinação" surge como o foco mais frequente (34,21%) sugerindo a necessidade de cuidados no âmbito da vacinação. Contudo a maioria (89,2%) das especificações associadas ao fenómeno não traduzem a necessidade de cuidados, visto reportarem-se essencialmente á data da próxima vacina.

A seguir, surge o "Uso de Contraceptivo", cujas necessidades de cuidados expressas através dos registos referentes às especificações do foco (857), referem-se ao conhecimento sobre a utilização do contraceptivo e ao conhecimento sobre fertilidade e reprodução. Este fenómeno, surge associado exclusivamente a utentes do sexo feminino, no âmbito do Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Apraz-nos fazer aqui uma referência às orientações do mesmo Programa (DGS, 2001), que prevê o direito de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, o que contradiz o facto dos registos estarem exclusivamente associados a utentes do sexo feminino.

No que se refere aos "Comportamentos de Procura de Saúde", traduzindo 15,44% do total de focos no Domínio Pessoa ICNP/CIPE®, as especificações referem-se essencialmente ao conhecimento sobre rastreio (cancro da mama e colo do útero). O foco "Auto-Vigilância" (11,35%) alude também a registos sobre conhecimento no âmbito do rastreio.

Quando agrupamos os fenómenos "Comportamento de Procura de Saúde", "Uso de Contraceptivos" e "Auto-Vigilância", verificamos que 39,98% dos registos efectuados direccionam-se maioritariamente para identificação de cuidados de enfermagem situados ao nível do Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Apenas são expressas necessidades de cuidados direccionadas para as mulheres, quando dois dos objectivos descritos no referido programa, são notoriamente direccionados para o casal, nomeadamente: a melhoria do bem - estar dos indivíduos e famílias e a regulação da fecundidade segundo o desejo do casal (DGS, 2001, 2008).

Tabela 9 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Pessoa ICNP/CIPE®

Fenómenos	**N.º**	**%**
Adesão à Vacinação*[1]	949	34,21%
Uso de Contraceptivos*[1]	425	15,32%
Comportamento de Procura de Saúde*[1]	392	14,13%

Auto - Vigilância*[1]	292	10,53%
Gestão do Regime Terapêutico*[1]	164	5,91%
Conhecimento*[3]	87	3,14%
Papel Parental*[2]	87	3,14%
Outros	378	13,63%
Total	**2774**	**100,00%**

*1 Acção realizada pelo próprio; *2 Acção Interdependente; *3 Razão para a acção – autoconhecimento

Verificamos igual número de registos (87) sobre os focos "Conhecimento" e "Papel Parental", representando cada um 3,14% do total de situações documentadas como requerentes de cuidados de enfermagem. Conhecimento sobre exames a realizar corresponde à maioria (92,73%) das especificações relativas ao fenómeno.

O exercício do papel parental relaciona-se com as funções familiares. Algumas das funções primordiais da família, relacionadas com o crescimento e desenvolvimento das crianças são operadas pela interacção entre estas e o sub-sistema parental. A este cabe-lhe, entre outras, as funções de educação e protecção dos filhos (Minuchin, 1990; Relvas, 1996; ICN, 2002a; Alarcão, 2002; Josephson, Bernet & Bukstein, 2007). É no exercício da parentalidade que os pais podem exercer a função parental, de acordo com os padrões de comportamento inerentes ao modelo familiar (Wright & Leahey, 2002). Verificamos que 95,49% das especificações documentadas, associadas a este fenómeno, reportam-se aos "pais". Pois o papel parental, resulta da complexidade interaccional entre o papel maternal e paternal (Relvas, 1996) parecendo-nos adequada a referência aos pais.

Numa abordagem sistémica da família, alguns autores descrevem o papel parental ou a parentalidade como categorias diagnósticas da família (Friedman, 1998; Thomas, Barnard & Summer, 1993). Constatamos que, apesar da referência aos pais, as situações que requerem cuidados de enfermagem no âmbito do papel parental, emergem como diagnósticos individuais. No processo de identificação de necessidades ao nível do papel parental, é visível a predominância das especificações referentes ao conhecimento dos pais. O conhecimento do papel é efectivamente uma dimensão importante na identificação de factores de tensão do mesmo (Hanson, 2004). Contudo, a avaliação de outras dimensões do papel, para além desta, possibilitaria a identificação de outros factores geradores de tensão no sistema familiar. Nas especificações do fenómeno, não há referência a qualquer componente interaccional do papel. As interacções que resultam do desempenho do papel podem originar pressões no sistema familiar, quando produzem tensão do papel (Hanson, 2004), sendo por isso importante a avaliação do consenso, saturação e situações conflituais relacionadas com o desempenho.

Nos fenómenos com um número de registos inferior a 50, salientamos “Stress de Prestador de Cuidados” (12), “Papel de Prestador de Cuidados” (10) e “Cozinhar” (1) por serem também identificadas necessidades de cuidados nestas áreas.

Sobre os focos utilizados com maior frequência nos enunciados diagnósticos dos Indivíduos no Domínio Função (ICNP/CIPE®), verificamos, pela Tabela 10, que a categoria “Tegumentos” (Ferida Cirúrgica, Úlcera de Pressão, Ferida e Ferida Traumática) expressa 31,80% do total.

Tabela 10 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Função (ICNP/CIPE®)

Fenómenos	**N.º**	**%**
Ferida Cirúrgica	239	15,93%
Desenvolvimento Infantil	235	15,67%
Hipertensão	187	12,47%
Ferida Traumática	150	10,00%
Ferida	88	5,87%
Obesidade	81	5,40%
Outros	520	34,67%
Total	**1500**	**100,00%**

Na análise das especificações dos Fenómenos evidenciam-se dados relacionados com as funções do indivíduo, não se encontrando registos que sugiram necessidades de cuidados de enfermagem à família como unidade.

Por último, analisamos os fenómenos documentados no Domínio Família (ICNP/CIPE®), quando os cuidados se centram no indivíduo.

A análise da Tabela 11 permite-nos verificar a existência de um total de 94 registos, distribuídos por 7 fenómenos: Amamentar, Adaptação à Gravidez, Satisfação Conjugal, Processo Familiar, Prevenção da Gravidez e Dimensão da Família.

Tabela 11 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Família (ICNP/CIPE®)

Fenómenos	**N.º**
Amamentar	46
Adaptação à Gravidez	34
Satisfação Conjugal	6
Processo Familiar	4
Prevenção da Gravidez	2
Gravidez não Planeada	1
Dimensão da Família	1
Total	**94**

Quando comparamos com os fenómenos documentados no âmbito da família como foco dos cuidados, verificamos um número significativamente menor de registos (18), distribuídos por 12 focos (Tabela 8). Esses dados identificavam necessidades de cuidados à família, a partir de algumas áreas de atenção definidas pela (ICNP/CIPE®), como sendo do domínio da Pessoa. Ocorrendo agora a condição inversa, em que a descrição de algumas situações que requerem cuidados ao individuo é efectuada com a utilização de focos do domínio família (ICNP/CIPE®). Poderá este facto decorrer da concepção dos enfermeiros sobre família e cuidados de enfermagem à família, ou mesmo do significado atribuído a cada um destes fenómenos que lhe pode sugerir necessidades de cuidados aos membros da família individualmente.

Considerando os domínios mais abstractos da ICNP/CIPE®, verificamos que as situações identificadas, que requerem cuidados de enfermagem, localizam-se maioritariamente na categoria "Processo Familiar" (98,93%), distribuídas pelas sub-categorias: "Paternidade" (48,93%), que inclui os focos "Amamentar" e "Adaptação à Gravidez" (36,17%); "Satisfação Conjugal" (6,79%); "Processo Familiar" (4,25%) e "Planeamento Familiar" (3,19%) com os focos "Prevenção da Gravidez" e "Gravidez não Planeada".

Efectivamente, o fenómeno mais documentado é "Amamentar", com 46 registos, que traduz 48,94%, do total de registos documentados. Quando analisamos as especificações associadas ao fenómeno verificamos que integram maioritariamente dados sobre o conhecimento da mãe sobre a técnica de amamentar e a alimentação adequada no período de lactação. Não existem dados relativos à ligação mãe-filho, desenvolvida através do processo de interacção estabelecido através do acto de amamentar, conforme a definição deste fenómeno, segundo a ICNP/CIPE® (ICN, 2002b).

Os dados específicos sobre o foco "Adaptação à Gravidez", com 34 registos, abrangem apenas o juízo que decorreu da opinião clínica dos enfermeiros sobre o mesmo, não permitindo identificar que tipos de dados fundamentam essa mesma tomada de decisão. A mesma situação está evidente no foco "Satisfação Conjugal", com 6 registos em cujas especificações só constam os respectivos juízos.

Outro aspecto que consideramos relevante é o facto de alguns fenómenos se reportarem quer a necessidades de cuidados aos indivíduos, quer à família como um todo. Como exemplos, o "Processo Familiar" e a "Gravidez não Planeada", que emergem quer nos focos dos enunciados diagnósticos dos indivíduos (Tabela 11), quer nos enunciados diagnósticos das famílias (Tabela 8), leva nos mais uma vez a questionar sobre as concepções dos enfermeiros sobre os cuidados à família e as áreas de atenção relevantes no contexto dos mesmos.

Analisamos as especificações (6252) associadas ao grupo de status que se reportam a todos os fenómenos enumerados no Domínio Pessoa (ICNP/CIPE®).

Verificamos que o foco conhecimento é expresso em 37,1% do conjunto das especificações. Utilizado essencialmente nas especificações dos fenómenos da categoria "Comportamentos de Procura de Saúde" (72%), é também utilizado como termo adicional no âmbito do "Papel Parental". Estes resultados sugerem-nos que a avaliação do conhecimento dos indivíduos e famílias, nos diversos domínios de actuação é valorizada pelos enfermeiros na sua tomada de decisão sobre a necessidade de cuidados de enfermagem.

Estes dados sugerem-nos que os enunciados diagnósticos descritos nas especificações integram o Conhecimento como uma categoria semântica correspondente ao domínio da Dimensão, de acordo com as referências da ISSO (2003) sobre a terminologia dos diagnósticos de enfermagem.

As especificações parametrizadas na aplicação informática referem-se essencialmente a dados avaliativos, cuja análise permite ao enfermeiro ter uma opinião clínica sobre o fenómeno. Ou seja, aludem a dados específicos de avaliação, que conceptualmente se reportam à avaliação, no contexto metodológico do processo de enfermagem. O facto dos dados de avaliação estarem associados aos fenómenos, implica que uma grande parte dos registos efectuados não se reportam a situações que requeiram cuidados de enfermagem, mas apenas indicam os resultados da avaliação efectuada.

Com efeito, verificamos que, por exemplo, relativamente ao papel parental, efectivamente apenas 57,47% das situações enumeradas requerem cuidados de enfermagem. O mesmo acontecendo nos fenómenos referidos no domínio família (ICNP/CIPE®), em que no conjunto dos fenómenos referidos, as necessidades identificadas traduzem 78,43%, seguindo o mesmo padrão que os fenómenos utilizados nos enunciados diagnósticos das famílias. Só que, ao contrário do que acontece para os indivíduos, não estão parametrizados status, deixando autonomia para os enfermeiros registarem o que lhes parecer conveniente. Verificamos que a sua maioria se limita á descrição do juízo, o que nos impossibilitou avaliar a congruência entre as necessidades de cuidados e os dados que as fundamentam.

Sobre os termos utilizados na descrição da tomada de decisão sobre o fenómeno, constata-se uma grande heterogeneidade. Para o "Processo Familiar", por exemplo, são utilizados os termos "disfuncional" e "alterado", enquanto para o "Papel Parental" são utilizados os termos "demonstrado" e "adequado".

Visando identificar como os enfermeiros expressam os portadores dos fenómenos que requerem cuidados de enfermagem, analisamos as especificações associadas a todos os focos utilizados nos enunciados diagnósticos, num total de 6270. Apenas em 5,48% do total das especificações está explicita a *"entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o fenómeno de enfermagem"* (indivíduo, família e comunidades) (ICN, 2002b:xvi).

Ambicionámos também verificar de que forma o sistema familiar é explicitado no conjunto das especificações com referência ao portador, considerando os termos utilizados referentes à família como um todo, diades e prestador de cuidados.

Na nossa concepção sistémica e ecológica da família, os papéis correspondem aos comportamentos e relações entre a pessoa que ocupa o papel e os outros membros da família em relação a essa pessoa (Bronfenbrenner, 2002). O papel prestador de cuidados envolve assim a complexidade interaccional da família, que se traduz na maior ou menor eficácia de algumas das suas áreas funcionais. Por isso incluímos prestador de cuidados, seguindo os mesmos pressupostos para a inclusão dos pais, como elementos preponderantes no exercício do papel parental.

A Tabela 12 permite identificar que são os pais, como díade, o portador mais referido nas especificações associadas aos fenómenos, com 258 registos, seguindo-se prestador de cuidados (70).

Tabela 12 – Distribuição do número de registos por tipo de portador utilizado nos enunciados diagnósticos dos indivíduos (ICNP/CIPE®)

Portador	**N.º**
Pais	258
Prestador de cuidados	70
Família	14
Casal	2
Total	**344**

O aplicativo informático, para qualquer destes fenómenos tem associado um grupos de *status,* que orienta os enfermeiros relativamente aos dados avaliativos, permitindo ajuizar sobre cada um deles e formular o respectivo diagnóstico. Provavelmente este á o motivo do maior número de registos sobre o portador e reportar aos pais e ao prestador de cuidados. As alusões à família e casal, como portador, enquadram-se nas especificações de fenómenos, que não integram grupos de status. É o caso do "Processo Familiar", tendo como exemplo de especificações com alusão ao portador: "bom relacionamento com os restantes membros da família"; "casal com boa relação". Conclusivamente, estes dados reflectem essencialmente a primeira etapa do processo de enfermagem, mais do que os diagnósticos ou os dados relevantes para o mesmo.

3.2.8.3 – Intervenções

Os dados referentes às intervenções documentadas pelos enfermeiros, englobam em conjunto as intervenções desenvolvidas com os indivíduos e com as famílias.

A análise dos dados representados na Tabela 13 permite-nos verificar que a intervenção mais documentada é "Ensinar", com 9679 registos, o que corresponde a 52,72% do total de intervenções documentadas (18359). Tal como os resultados consequentes dos discursos dos enfermeiros sobre as intervenções mais frequentes nos cuidados às famílias (Quadro 7), emerge também na documentação o enfoque em *"[…] dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde"* (ICN, 2002b:156).

Seguidamente surge a intervenção "Vigiar" (3496*),* que traduz em 41,59% de acções associadas ao tratamento de feridas.

Com um valor de registos superior a 1000, surge ainda "Assistir" (1189), "Relacionar" (1022) e "Organizar" (1005).

Agrupando as intervenções por tipo de acção (Eixo A da ICNP/CIPE®), a maior frequência das intervenções pertence a intervenções no âmbito do Informar (58,19%) e do Observar" (19,36%), reflectindo práticas centradas no papel de educador de saúde.

Ambicionámos também verificar de que forma o sistema familiar é explicitado como beneficiário das intervenções. De acordo com os mesmos princípios, consideramos as intervenções que englobassem no seu enunciado termos referentes à família como um todo, díades e prestador de cuidados.

Apenas 10,82% dos enunciados das intervenções englobam um destes termos, correspondente a 1986 intervenções documentadas. Nestas emerge o "Prestador de Cuidados" como o beneficiário mais documentado (71,50%), o que traduz alguma relevância nas acções centradas em resposta a situações de necessidades de cuidados no âmbito da prestação de cuidados, assumindo-se esta como um processo interaccional que implica a reestruturação da família.

O termo "pais" surge documentado em 518 intervenções e o termo "Família" em apenas 48 intervenções, correspondendo, respectivamente, a 26,08% e 2,41% do total dos enunciados considerados para análise.

Tabela 13 – Distribuição das intervenções documentadas por tipo de acção (ICNP/CIPE®)

Tipo de acção	**Intervenção**	**N.º**	**%**
Informar	Orientar	913	4,97%
	Ensinar	9769	53,21%
	Explicar	2	0,01%
Gerir	Gerir	30	0,16%
	Distribuir	324	1,76%
	Organizar	1005	5,47%
Atender	Assistir	1189	6,48%
	Relacionar	1022	5,57%
	Prevenir	2	0,01%

	Tratar	40	0,22%
Observar	Identificar	1	0,01%
	Vigiar	3496	19,04%
	Avaliar	57	0,31%
Executar	Limpar	40	0,22%
	Dar banho	1	0,01%
	Posicionar	33	0,18%
	Manipular	121	0,66%
	Estimular	2	0,01%
	Cortar	9	0,05%
	Inserir	61	0,33%
	Remover	238	1,30%
	Tocar	4	0,02%
	Total	**18359**	**100,00%**

Relativamente às intervenções em que a família está explicitada como beneficiária, verificamos que o alvo é focalizado no "envolvimento da família". Para a concretização deste alvo ou objectivo os enfermeiros documentam vários tipos de acções, como: elogiar, encorajar, facilitar e promover.

Sugere-nos intervenções que visam sobretudo o domínio afectivo da família (Wright & Leahey, 2002), associadas a mudanças a nível das emoções.

3.2.9– Os Cuidados de enfermagem às famílias: síntese reflexiva

A análise das respostas dos enfermeiros relativamente ao conceito de família, saúde familiar e enfermagem de família evidenciam que nas representações de "Família" emergem duas perspectivas no sistema de pensamento dos enfermeiros: sociológica e psicológica, sugerindo-nos cognições associadas ao conceito da ICNP/CIPE® (ICN, 2002b). Contudo manifesta-se uma perspectiva dicotómica relativamente ao conceito de saúde familiar, e a não valorização dos factores culturais e espirituais como dimensões interdependentes na promoção da saúde do sistema familiar.

As representações sobre a equipa de saúde direccionam-se para a sua estrutura multidisciplinar, cuja finalidade é a resolução dos problemas da família. O papel do enfermeiro centra-se, de acordo com o sistema de pensamento dos enfermeiros, na educação e supervisão dos cuidados, não estando presente funções direccionadas para as mudanças no ambiente.

Relativamente à análise dos discursos dos enfermeiros sobre as práticas dos cuidados e a documentação dos mesmos, os aspectos mais relevantes que emergem da comparação e confrontação destas duas vertentes, sugerem:

- Diversidade do tipo de famílias descritas pelos enfermeiros como alvo dos seus cuidados, centrando-se em características associadas à classe social e à doença crónica de um dos membros da família;
- As estratégias utilizadas para a identificação das necessidades de cuidados nas famílias enfatizam os processos interpessoais de contacto com um dos membros da família;
- Divergências entre a descrição dos fenómenos mais valorizados pelos enfermeiros na avaliação familiar, segundo os seus discursos, e os focos ou dados documentados nos cuidados prestados às famílias. Estas divergências expressam-se em todas as dimensões (estrutural, desenvolvimental e funcional), salientando-se por exemplo vínculos, edifício residencial, interacção familiar, entre outros, que são citados pelos enfermeiros mas que não têm expressão na documentação relativa aos enunciados diagnósticos;
- Fenómenos no âmbito do processo familiar valorizados pelos enfermeiros e utilizados nos enunciados diagnósticos mas sem a descrição de dados que permitam fundamentarem o respectivo diagnóstico;
- As estratégias de avaliação de resultados centram-se nos resultados sem a especificação do processo e dos procedimentos utilizados para a respectiva avaliação;
- Os factores percepcionados como dificultadores de práticas centradas na família localizam-se na estrutura organizacional, relacionados com o sub-sistema estrutural (tempo) e sub-sistema tecnocognitivo (inexistência de modelos conceptuais ajustados às práticas, escassa formação em enfermagem de família e escassez de recursos materiais). A família, integrada no Meio Específico do sistema organizacional emerge como obstáculo à efectivação de práticas de enfermagem de família.

Em termos globais a reflexão decorrente da confrontação entre os modelos expostos e os modelos em uso permitiu identificar:

- Representações e práticas de cuidados não direccionadas á família como unidade e alvo dos cuidados.
- Concepção de cuidados não fundamentada em modelos de cuidados que permita a organização dos fenómenos numa abordagem sistémica da família.

- Aspectos organizacionais não favorecedores da implementação efectiva do modelo organizacional de enfermeiro de família.
- Divergência entre a descrição dos focos considerados pelos enfermeiros na avaliação inicial e os focos documentados no SAPE;
- A análise mais aprofundada dos fenómenos descritos em cada um dos domínios, permitiu-nos reconhecer a importância da discussão e reflexão sobre as práticas dos cuidados á família, face à heterogeneidade manifestada e à reduzida frequência de fenómenos que sugerem cuidados á família;
- Categorias avaliativas do MCAF não expressas pelos enfermeiros (sub-sistemas, limites, tarefas desenvolvimentais, comunicação, crenças, influência e poder; alianças).

CAPÍTULO 4

O PERCURSO DA MUDANÇA: co-construção do modelo de cuidados de enfermagem de família

O percurso da mudança, que permitiu a construção co-evolutiva de um modelo de cuidados de enfermagem de família, centrou-se no ciclo de estudos já referido anteriormente. Este foi norteado com vista à implementação de novos modelos de cuidados, possibilitando a construção de conhecimento gerado através dos processos de aproximação ao contexto interventivo.

Iniciaremos a descrição pela 2ª etapa correspondente ao *Planeamento da Acção*, com a inclusão dos processos de confrontação, discussão e reflexão dos resultados decorrentes da fase de diagnóstico. Sendo essencialmente uma etapa de negociação da intervenção, caracterizou-se pelo envolvimento dos vários actores nos processos de tomada de decisão para a mudança. Realizando-se a primeira reunião em Outubro de 2005, esta etapa decorreu até Agosto de 2006, sendo iniciado em Setembro a concretização das estratégias que levariam à implementação dos processos de mudança.

A 3.ª etapa, *Implementação da Acção,* que decorreu de Setembro de 2006 a Maio de 2008, integrou duas fases cumulativas, dando origem à co-construção do modelo de cuidados de enfermagem de família e a respectiva implementação no contexto clínico. A primeira fase da implementação reporta-se ao processo formativo que permitiu a discussão alargada que deu origem à redefinição do modelo de cuidados em uso. Ainda nesta fase integramos a formalização das propostas, que levaram à alteração da parametrização do SAPE. Na última fase desta etapa referimo-nos propriamente à implementação do modelo, nomeadamente aos processos de gestão da mudança a partir da sua utilização como estrutura conceptual e de documentação.

Por último integramos um subcapítulo referente à especificação do modelo de cuidados co-construído, designado por Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF).

4.1 – Planeamento da Acção

Tal como Sousa (2006), consideramos que a reflexão sobre as práticas e os sistemas de valores associados às mesmas, constitui-se como base processual para a modificação de comportamentos que impliquem a incorporação de novos modelos de práticas.

Para isso seria necessária a consciencialização dos enfermeiros face à necessidade de mudança nos cuidados direccionados às famílias, de forma a envolver o maior número de

participantes na discussão e confrontação dos resultados obtidos na 1.ª fase do ciclo de estudos, conforme representado no diagrama seguinte (Figura 4).

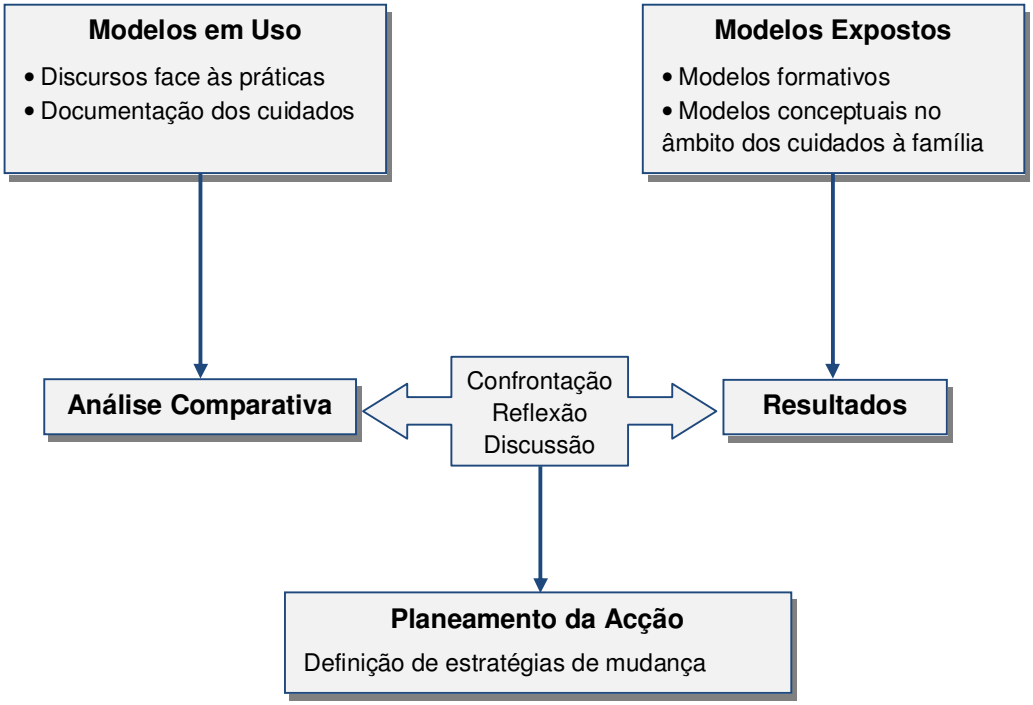


Figura 4 – Diagrama explicativo da etapa Planeamento da Acção

Neste sentido realizamos uma primeira reunião com toda a equipa de enfermagem em Outubro de 2005, tendo como objectivo a apresentação, validação e discussão dos resultados obtidos até essa data, nomeadamente os referentes aos modelos formativos e aos decorrentes das respostas obtidas pela aplicação do questionário. Estes dados permitiram a reflexão baseada nos discursos dos enfermeiros sobre as suas práticas e as representações dos mesmos relativamente aos conceitos de família, saúde familiar e enfermagem de família.

A receptividade da equipa à confrontação das questões fulcrais associadas aos principais resultados que emergiram da análise dos elementos estruturantes resultantes dos seus discursos face às práticas, possibilitou uma discussão direccionada tanto para os factores considerados como inibidores do aperfeiçoamento das mesmas, como para a definição de estratégias conducentes à implementação de novas práticas, centradas na família como unidade e alvo de cuidados.

Os factores referenciados como obstáculos de uma efectiva prática de enfermagem de família, confirmaram os dados obtidos pela análise dos discursos. A formação escassa nesta área, que, segundo os enfermeiros, dificulta a incorporação de uma concepção e

abordagem sistémica das famílias; o desenvolvimento de uma actividade diagnóstica ajustada à identificação das necessidades potenciais e reais das famílias; a indefinição do papel do enfermeiro de família; o desconhecimento de modelos teóricos de enfermagem de família que possam orientar e descrever os cuidados com as famílias, no âmbito dos CSP e, ainda as dificuldades manifestadas relativamente à utilização do SAPE.

Desta forma, as estratégias sugeridas centraram-se essencialmente na necessidade de um processo formativo, fundamentado numa metodologia participativa, que permitisse a reflexão em torno da enfermagem de família e da sua operacionalização, no âmbito dos CSP, e especificamente neste CS. Além da formação, foram aventadas necessidades associadas à reflexão sobre modelos de cuidados que possibilitassem um novo enquadramento das práticas, assim como a importância da supervisão das mesmas. Emergiram algumas opiniões no sentido da necessidade de alteração dos padrões de documentação do SAPE, muito direccionados, segundo os enfermeiros, ao individuo como foco dos cuidados.

A confrontação com os resultados apresentados possibilitou uma primeira abordagem relativamente às estratégias de mudança, perante a consciencialização dessa necessidade. Pelo facto de, nesta data, não ter sido possível a apresentação dos dados relativos à análise da documentação dos cuidados, que permitiriam uma análise comparativa com os dados que emergiram dos discursos, e por sua vez uma discussão mais reflexiva, no sentido de serem aventadas estratégias ajustadas às necessidades, foi proposto o seguinte plano de trabalho:

- Aplicação de um questionário a todos os elementos da equipa, que integrasse as sugestões para a mudança e, desta forma, permitisse a discussão de grupo a partir da opinião manifestada por cada interveniente;
- Reunião da equipa, com os seguintes objectivos: apresentar e discutir os resultados globais decorrentes do diagnóstico; definir e consensualizar o plano de implementação da mudança;
- Redefinição das áreas de atenção específicas para cada um dos tipos de família que foram descritas como alvo dos cuidados de enfermagem;
- Identificação de estratégias para a mudança, com base nas propostas alvitradas.

Para dar resposta à primeira tarefa, elaboramos um questionário (Anexo 3) cujo objectivo foi identificar a opinião da equipa relativamente às estratégias de mudança mais adequadas ao desenvolvimento de um modelo organizativo de cuidados, centrado na família como cliente. Este iniciava-se com a apresentação de alguns dados decorrentes dos estudos anteriores e cujos resultados tinham sido apresentados à equipa. Pedia-se a seguir para assinalarem das estratégias mencionadas, as que consideravam que

deveriam ser desenvolvidas no sentido da implementação da Enfermagem de Saúde Familiar. Integraram-se as seguintes estratégias, decorrentes da discussão do grupo: formação na área da saúde familiar, solicitando-se para descreverem as temáticas consideradas mais pertinentes; alteração da parametrização do SAPE, com a inclusão de três opções referentes, respectivamente, ao programa de saúde familiar, a todos os programas de saúde ou outras alterações que fossem julgadas relevantes; monitorização da intervenção familiar, com a referência ao número de famílias a monitorizar, o período de tempo e ainda outras sugestões, neste âmbito; alterações a nível organizacional, solicitando a sua especificação. A última questão, referia-se a outras sugestões para a concretização da mudança, além das discriminadas.

O questionário foi auto-administrado, tendo sido feita a recolha de dados no período de 30 de Abril a 11 de Maio de 2006. Dos 27 enfermeiros que correspondiam à totalidade da equipa de enfermagem, obteve-se respostas de 24, sendo que um se encontrava de férias e os restantes estavam ausentes por situação de doença.

A totalidade dos respondentes considerou importante a formação na área da Saúde Familiar. Na especificação das temáticas, emergiram com maior frequência as categorias: "todas as áreas", com 16 respostas; seguindo-se "todos os tipos de famílias", com 11; modelos de enfermagem de família", com 10 e "documentação no SAPE", com 6 respostas. Com menor nº de asserções emergiram outras categorias, relacionadas sobretudo com os programas de saúde, nomeadamente saúde infantil, saúde materna e saúde do idoso.

Sobre a alteração da parametrização do SAPE, 21 enfermeiros assinalaram esta medida como uma estratégia de mudança, verificando-se um maior nº de asserções relativamente ao Programa de Saúde Familiar (18), comparativamente com a necessidade de alteração em todos os programas (13).

Relativamente ao item "Monitorização da Intervenção Familiar" 22 enfermeiros responderam afirmativamente, verificando-se opiniões muito diversas sobre o número de famílias a monitorizar, desde duas a trinta. Também sobre o período de tempo dessa monitorização as opiniões foram muito divergentes situando-se de um período mínimo de 1 mês a um período máximo de 12 meses.

Alterações a nível organizacional foram consideradas também importantes, sendo este item assinalado por 20 enfermeiros. A especificação destas alterações centrou-se essencialmente nos aspectos associados à dotação adequada de enfermeiros e à necessidade de um menor número de famílias atribuídas a cada enfermeiro de família, assim como à importância de uma distribuição de famílias com base em indicadores geodemográficos. Outros aspectos descriminados foram a implementação de uma

consulta de saúde familiar, flexibilidade de horário e aumento do número de visitas domiciliárias.

Outras sugestões enunciadas pelos enfermeiros, referiam-se à necessidade de formação sobre a CIPE® e sobre a utilização e funcionalidade do SAPE.

Estes resultados permitiram a validação das propostas enumeradas anteriormente, tal como a sua priorização, de acordo com o número de respostas dadas para cada item.

Foi realizada a reunião com a equipa de enfermagem em 23 de Maio de 2006, com a participação do enfermeiro director da ULSM.

Iniciou-se por apresentar os resultados globais referentes à análise dos modelos em uso em confrontação com modelos expostos. Da conjugação destes dados com a apresentação dos resultados obtidos decorrentes da análise das respostas, referentes à opinião dos enfermeiros, sobre as estratégias mais consentâneas à implementação de mudanças, emergiu a questão fulcral, que permitiu a sistematização do processo de mudança: Quais as estratégias mais adequadas às necessidades identificadas, que permitam mudanças efectivas a nível dos cuidados de enfermagem, no sentido destes incorporarem a família como alvo e unidade de intervenção?

Partindo do pressuposto que os enfermeiros deveriam estar dispostos a reconhecer a importância do seu envolvimento ao longo do processo, foi possível o debate participado, relativamente à questão ocorrente.

Este debate levou à formulação de um plano geral que englobava duas etapas principais: processo formativo e redefinição do modelo de cuidados em uso, conforme quadro apresentado a seguir (Quadro 8). Na consensualização destas etapas, como fundamentais e prioritárias para o processo de mudança, face a todas as sugestões aventadas, foram considerados os recursos organizacionais e o tempo referente ao desenvolvimento do projecto de investigação em curso.

Quadro 8 – Plano da preparação para a mudança

Etapas	**Data prevista de desenvolvimento**
Processo Formativo Planeamento Implementação	 Julho a Setembro de 2006 Setembro a Novembro de 2006
Redefinição do modelo em uso Co-construção do modelo de cuidados de enfermagem de família	

Plano de adequação dos padrões de documentação do SAPE à estrutura do modelo co-construído. Formalização das propostas para implementação do modelo.	Dezembro de 2006 a Dezembro de 2007
Implementação do Modelo	A partir de Janeiro de 2008

Este plano foi posteriormente apresentado ao Conselho de Administração da ULS e discutido com o GRAPE. Após a sua aprovação, deu-se inicio à 3ª etapa do ciclo de estudos, referente à implementação das acções planeadas, conducentes à mudança das práticas de cuidados com as famílias.

4.2 – Implementação da Acção

O desenvolvimento desta etapa foi mediado pela reflexão sobre as práticas de cuidados com as famílias, a partir da discussão reflexiva sobre as concepções dos enfermeiros sobre esses mesmos cuidados. Implicando também a reflexão sobre a acção, possibilitou a apropriação da acção e subsequentemente convertê-la em inovação e conhecimento.

4.2.1 – Processo Formativo

O desenvolvimento do processo formativo, sendo uma fase inicial da 1.ª etapa da implementação da acção, teve como finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados dirigidos à família que permitisse aos enfermeiros perspectivarem um modelo de enfermagem de família congruente com o seu contexto.
Procedemos ao planeamento da formação, partindo dos modelos conceptuais de enfermagem de família e de uma abordagem sistémica e ecológica da família, enquanto unidade de cuidados. Ou seja, partimos do modelo de análise centrado na enfermagem de família e adequamo-lo à finalidade deste processo, considerando também as orientações internacionais e nacionais referentes aos CSP e ao enquadramento do enfermeiro de família.
Projectamos o modelo de formação a partir destes pressupostos, permitindo-nos definir os seguintes objectivos para o dispositivo formativo:

- Sensibilizar para a abordagem interdisciplinar no contexto das novas necessidades de saúde;
- Reflectir sobre o enquadramento dos CSP no contexto geral dos cuidados de saúde;

- Desenvolver capacidade reflexiva face ao contexto de complexidade dos cuidados centrados na família;
- Conceptualizar a Enfermagem de Família como área de desenvolvimento da Enfermagem contemporânea;
- Reflectir sobre a diversidade das representações de família, a partir da sua evolução, enquanto sistema social;
- Promover uma abordagem sistémica da família, centrada nos seus processos de mudança evolutivos;
- Reflectir sobre os modelos de avaliação e intervenção familiar mais difundidos em enfermagem de família;
- Promover a utilização de instrumentos de avaliação familiar;
- Reflectir sobre o contributo dos sistemas de informação no desenvolvimento das práticas de enfermagem centradas na unidade familiar.

Intitulamos este processo formativo como "FORMAR PARA AGIR – Enfermagem de Saúde Familiar", tendo como base a finalidade e os objectivos definidos.

Os conteúdos direccionaram-se fundamentalmente para aspectos essenciais dos cuidados às famílias, introduzindo-se conteúdos no âmbito dos CSP, dos SIE e da CIPE®.

Foram incialmente previstos cinco módulos, cujos conteúdos foram distribuidos por areas temáticas, da seguinte forma:

1 – Interdisciplinaridade no contexto dos cuidados de saúde:
   - Conceito de interdisciplinaridade;
   - Abordagem sistémica nos cuidados de saúde;
   - Abordagem interdisciplianr nos cuidados de saúde.

2 – CSP no contexto geral da saúde:
   - Sistema de saúde português – Legislação e estratégias de saúde no âmbito dos CSP;
   - Modelo organizacional de enfermeiro de família.

3 – Famílias e Família: das transformações sociais à complexidade interaccional:
   - Família: o contexto e a unidade dos cuidados;
   - Abordagem sistémica como paradigma de intervenção nos cuidados à família;
   - O ciclo vital da família: mudança e evolução.

4 – Enfermagem de família: da história ao enquadramento das práticas:
   - Contextos e aplicação;
   - Modelos e teorias subjacentes;
   - MCAF/MCIF;

- Instrumentos de Avaliação Familiar;
- Estratégias de operacionalização do Modelo.

5 – O contributo dos SIE no desenvolvimento da Enfermagem de Família:

- O desenvolvimento dos SIE;
- A CIPE® como instrumento de unificação da linguagem em enfermagem de família.

Os módulos foram estruturados por 5 sessões, de acordo com o plano da formação descriminado em anexo e respectivo cronograma (Anexo 4). Considerando os objectivos definidos, centrados essencialmente na clarificação de conceitos e reflexão sobre os mesmos a partir dos contextos da acção, utilizou-se uma metodologia mista, associando métodos expositivos e activos. Inclusive para a última sessão foram planeados a apresentação de casos clínicos, com discussão de metodologias de avaliação e intervenção familiar, além da utilização do jogo pedagógico como estratégia de formação.

O processo formativo foi dinamizado pela investigadora, com a colaboração de alguns elementos da equipa de enfermagem, cuja participação possibilitou a ligação mais efectiva entre todos os intervenientes. Foi também convidada a participar, uma enfermeira, professora de enfermagem na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, a efectuar um estágio de doutoramento na Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto, no âmbito do doutoramento Enfermagem, Área de Filosofia, Saúde e Sociedade.

De forma a não perturbar o normal funcionamento do serviço, os enfermeiros foram divididos em 4 grupos de formação/discussão. Planearam-se 4 horas semanais de formação para cada grupo, perfazendo no total 20 horas semanais de contacto directo com os enfermeiros do CS.

Este dispositivo de formação foi desenvolvido no respectivo CS. Decorrendo o planeamento do mesmo de Julho a Setembro de 2006, iniciou-se o primeiro módulo em 21 de Setembro do mesmo ano.

A formação permitiu a reflexão sobre as práticas, tendo ocorrido num espaço de abertura e discussão. A integração de metodologias activas, que possibilitou a articulação com a experiência profissional facilita o processo reflexivo. Porque se manifestou a necessidade do aprofundamento de algumas temáticas, implicou, o alargamento do número de sessões. Estando previstas 5 sessões, para o desenvolvimento dos cinco módulos, foram realizadas mais três sessões de 4 horas, com cada um dos grupos. Estando previsto o término do processo formativo para 31 de Novembro de 2006, só foi possível transitar para a etapa seguinte em Janeiro de 2007.

4.2.2 – O percurso para a redefinição do modelo em uso

A concretização desta etapa, que decorreu de Janeiro a Dezembro de 2007, incidiu em torno da co-construção do Modelo de Cuidados de Enfermagem de Família. A operacionalização do modelo co-construído foi possível através da definição dos dados para avaliação familiar, das àreas de atenção com relevância para a prática de enfermagem de família e, ainda dos subconjuntos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

Posteriormente foi desenvolvido o plano de adequação dos padrões de documentação à estrutura deste modelo, com o objectivo de alterar a parametrização do SAPE relativamente ao Programa de Saúde da Família.

Para a concretização destas actividades utilizamos a técnica de debates de grupo, cuja "*estimulação do debate e a dinâmica que nele se gera são utilizadas como fontes essenciais de conhecimento*" Flick (2005:117). Direccionada para a análise dos processos de resolução de problemas comuns a um grupo (Dreher & Dreher, 1982, cit. por Flick, 2005), pretendeu-se, com os debates, a criação de um contexto favorável à mudança co-evolutiva.

Os enfermeiros foram divididos em três sub-grupos de debate. Tendo sido sugerido a noemação de dois moderadores que teriam como função, em colaboração com a investigadora, fazer a interligação entre os grupos, voluntariaram-se dois enfermeiros da equipa, que não foram integrados nos grupos de debate. Efectivamente Flick (2005) refere-se à figura do moderador de grupo, como mediador do debate e como elo de ligação e continuidade dos trabalhos.

Foram realizados debates semanais dos sub-grupos, de 3 horas semanais para cada grupo, além de debates mensais do grupo geral e ainda discussões temáticas por pequenos grupos. Embora semanalmente fossem validadas com cada grupo as decisões tomadas perante cada um dos aspectos discutidos, as reunião mensais permitiram que as tomadas de decisão fossem mais consentâneas à complexidade do contexto.

As discussões temáticas por pequenos grupo emergiram da necessidade de acelerar o processo, tendo os enfermeiros auto-propondo-se, de acordo com as áreas em que se percepcionavam com maior competência.

Os dinamizadores da equipa tiveram um papel central na interligação destes processos, constituindo-se também como elementos fulcrais na motivação da equipa, pela sua capacidade de induzir a reflexão a partir dos contextos da acção.

O papel do investigador foi essencialmente a estimulação do debate, promovendo um espaço para a criação de uma dinâmica própria do grupo. Através da entrega de vários documentos aos membros da equipa, alusivos às temáticas em discussão, foram introduzidas novas questões. Estas questões abrangeram todos os aspectos descritos no capítulo referente ao modelo de análise (Capítulo 2), que englobam as questões mais

prementes da enfermagem de família, conceptualizada num paradigma ecossistemico. Semanalmente eram entregues aos elementos de cada grupo, os documentos que iam emergindo dos debates, com o objectivo de promover a reflexão mais aprofundada sobre os mesmos e,assim, enriquecer a discussão, que se pretendia participativa e integradora. Ao longo do processo de mudança fomos realizando notas de campo, que nos permitiram a validação sobre o processo em curso e a monitorização do mesmo.

Conscientes da necessidade de envolver todos os enfermeiros na tomada de decisão, procurou-se mobilizar o conhecimento prático dos intervenientes, como recurso para a mudança. As opiniões e propostas ao serem expressas num contexto grupal, transformaram-se em objecto de discussão, num contexto de diversidade, salientado pela multiplicidade de crenças e significados atribuídos ao próprio processo de mudança. A maior dificuldade na dinamização dos sub-grupos, foi manter o equilíbrio entre a discussão e os contributos da investigadora, num espaço relacional em que alguns tendiam a sobressair e outros a retrair-se.

Muitas decisões tiveram que ser tomadas no decorrer do processo, sobretudo as relativas à finalização de cada uma das fases, de forma a tornar possível a continuidade das actividades planeadas.

Numa primeira fase, os debates circunscreveram-se à definição das situações em que a família é considerada como alvo de cuidados de enfermagem, quer a nível do processo de avaliação, quer propriamente na intervenção. Com base nas indicações e advertências mencionadas por Wright & Leahey (2002), a discussão permitiu a definição das seguintes permissas:

- Pela natureza dos CSP, todos as famílias devem ser susceptíveis de avaliação, sendo este um dos objectivos do enfermeiro de família. Apenas a avaliação familiar permitirá a identificação de necessidades congruentes com a unicidade de cada família, e desta forma o planeamento de intervenções ajustadas a estas mesmas necessidades.
- A família, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, circunscritas essencialmente à dificuldade do sistema familiar em manter um funcionamento adequado, face a transições normativas ou acidentais, nomeadamente:
  - Alterações das interacções intra e inter sub-sistemas com impacto prejudicial nos membros da família, nos sub-sistemas ou no sistema familiar (ex: crise conjugal, conflito fraternal, conflito intergeracional, conflitos entre sub-sistemas, abuso, violência, negligência);
  - Alterações das interacções inter sistemas (sistema familiar e supra sistema) com impacto prejudicial nos membros da família, nos sub-sistemas ou no

sistema familiar (ex: abuso sexual, conflitos entre vizinhos, bolling, descriminação por professores e/ou pares);

- A família está a experienciar uma crise acidental (ex: gravidez não desejada, desemprego de um dos membros, alterações do rendimento familiar, doença aguda, morte de um familiar, um membro da família vai ser hospitalizado);
- Um membro da família é portador de uma doença crónica (ex: Diabetes, insuficiência renal, toxicodependência, alcoolismo), é dependente ou tem uma doença em fase terminal;
- A família está a experienciar uma transição desenvolvimental.

A clarificação das situações familiares que requerem cuidados de enfermagem permitiu a transição para a fase seguinte, que incidiu na análise global da interrelação dos conceitos do MCAF (Wright & Leahey, 2002) e dos constructos associados às suas dimensões e categorias do modelo. Alicerçando os pressupostos fundamentais da abordagem sistémica, foram discutidas situações reais de cuidados á família que permitiram ampliar a visão de família e dos fenomenos de compreensão da mesma, com base no modelo de discussão.

Desta forma, o processo de co-construção do modelo de cuidados, foi cimentada na articulação dos conceitos do MCAF (Wright & Leahey, 2002), com os focos da prática de enfermagem descritos na CIPE® (ICN, 2002b) e tendo por base os pressupostos do pensamento sistémico (Vasconcellos, 2002). Desta forma, todos os conceitos integrados no capítulo que se reporta à descrição e reflexão da enfermagem de família como modelo de análise (Capítulo 2), foram integrados nos debates, aprofundados de acordo com as questões que foram emergindo, na continuidade do processo formativo, onde já tinham sido abordados na generalidade.

Com esta articulação julgamos que os enfermeiros poderiam ter um modelo de cuidados à família, que além de permitir a incorporação de uma abordagem sistémica, possibilitasse a descrição dos cuidados produzidos com as famílias e simultaneamente a descrição dos seus contributos.

Considerando as dimensões de avaliação da família, estrutural, de desenvolvimento e funcional, para cada uma delas foram definidos dados avaliativos, que, no seu conjunto, permitiriam caracterizar e avaliar a família, enquanto unidade.

Numa primeira versão do modelo de avaliação (Anexo 5), integraram-se todas as categorias avaliativas do MCAF, acrescidas de novos dados, designados por indicadores de avaliação. Tentou-se integrar termos semânticos do eixo pertencente aos focos da prática de enfermagem (ICN, 2002b), com o objectivo de promover a utilização de uma linguagem comum, no que se refere às áreas de atenção direccionadas ao sistema

familiar. Além do genograma e ecomapa, integraram-se outros instrumentos de avaliação familiar, considerados fulcrais para a avaliação familiar: FACES II e Escala de Graffar, no âmbito da dimensão estrutural; Psicofigura de Mitchel, na dimensão desenvolvimental; APGAR Familiar de Smilkstein e Escala de Readaptação Social de Holmes e RAHE, associadas à dimensão funcional expressiva. Foram contactados os autores da versão portuguesa do FACES II (Fernandes, 1995) e da Escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001), no sentido de obter autorização dos mesmos para a sua utilização como instrumentos clínicos, cuja resposta foi favorável. Salienta-se que para a definição dos dados avaliativos foram considerados não só os paradigmas de base, mas também todos os documentos distribuídos aos enfermeiros, que traduziam o modelo de análise já descrito. Contudo, a ocorrência de novas propostas originou renovadas pesquisas e novos pretextos para discussão, implicando a permanente mobilização de recursos. Tendo a percepção de que um modelo de avaliação adequado à realidade do contexto, e incorporado por todos os elementos, facilitaria a discussão posterior relativamente ao modelo de intervenção. Desta forma, a introdução de novas temáticas resultantes da discussão, implicaram a mobilização de recursos no sentido de dinamizar este processo. Foram convidados elementos exteriores ao contexto, com vista ao aprofundamento de algumas temáticas que tinham suscitado dúvidas na sua sistematização, nomeadamente sobre as questões associadas aos conceitos de etnia e raça e as suas implicações na concepção dos cuidados de enfermagem, assim como as problemáticas relacionadas com a toxicodependência e o seu impacto no sistema familiar.

Nesta fase foram também formados pequenos grupos de discussão, direccionados para áreas que tinham suscitado menos consenso na definição de indicadores de avaliação, nomeadamente: adaptação à gravidez; papel parental e papel de prestador de cuidados. Simultaneamente a investigadora e os dinamizadores da equipa realizaram reuniões semanais, para monitorização do processo e definição de estratégias de interligação entre os subgrupos e os grupos de discussão por temáticas.

Culminou com a apresentação de uma primeira versão do modelo de avaliação ao orgãos de gestão do CS e ULSM, assim como o GRAPE e GRECSP da mesma instituição. Estas reuniões foram realizadas em Maio de 2007, com a participação do Prof. Paulino Sousa, conforme previsto no planeamento referente às estratégias de mudança.

A primeira versão integrou os dados para avaliação familiar que emergiram dos debates ocorridos ao longo de cinco meses. Englobou todas as categorias do MCAF, com as respectivas especificações decorrentes das reflexões do grupo, fundamentadas na discussão conceptual e nas vivências reportadas aos cuidados de enfermagem com as famílias. Os dados avaliativos referentes a cada categoria foram designados como

indicadores de avaliação, considerados fulcrais para a identificação de necessidades da família, em cada uma das dimensões: estrutural, desenvolvimental e funcional.

Na dimensão estrutural interna, além das categorias do MCAF, que serviram de base na co-construção desta primeira versão do modelo de cuidados, integrou-se *Tipo de Família*, como item de caracterização familiar. Da discussão relativa à avaliação dos sub-sistemas familiares e limites, emergiu a necessidade de englobar a escala FACES II, após a definição de alguns itens, no âmbito das regras, poder, papéis e organização dos espaços domésticos.

Na dimensão estrutural externa, relativamente à categoria *Família Extensa* integrou-se a caracterização das relações com os sistemas amplos, nomeadamente a função das relações, a qualidade das mesmas e ainda a influência da família extensa nas decisões da família.

Na dimensão estrutural de contexto, mantiveram-se todas as categorias do MCAF, embora a discussão aprofundada relativamente aos conceitos de raça, etnia e religião tivesse suscitado uma diversidade de opiniões, sobre a sua pertinência de as integrar como itens avaliativos. Optou-se pela sua integração, à excepção da raça, a partir do reconhecimento da sua importância no ajustamento da interacção promotora de mudança, tendo como base o contexto cultural e os sistemas de valores que norteiam as práticas familiares. Para isso serviu a discussão prolongada sobre os conceitos de etnia e religião e as suas implicações na diversidade social e nas novas necessidades de saúde adjacentes ao fenómeno da imigração. Efectivamente, segundo Santiago (2009) este fenómeno tornou-se nas últimas décadas, um acontecimento expressivo em Portugal, envolvendo um conjunto complexo de questões, associadas também à disposição das populações imigrantes de se agruparem por origem étnica. Se o conceito de raça implicava algo de fixo ou biológico, a etnicidade circunscreve-se ao contexto social, entendida como *"as práticas culturais e os modos de entender o mundo que distinguem uma dada comunidade das restantes"* (Giddens, 2004: 248). Tornando-se uma dimensão importante no estabelecimento do padrão interaccional da família, é muitas vezes mantida pelas tradições culturais que reforçam a identidade do grupo familiar. No que se refere à religião, associada a crenças que influenciam o sistema de valores familiares, a discussão desenvolveu-se em torno das principais religiões existentes em Portugal e das normas, crenças e práticas relevantes em cada uma delas. Contudo salientou-se a importância de não se efectuarem generalizações a partir do conhecimento da etnia e religião, que poderiam implicar entendimentos enviesados sobre a família culturalmente diversificada.

Ainda na dimensão estrutural de contexto, a classe social emergiu como uma categoria a manter, por se associar à forma como a família se organiza e mobiliza os recursos, num

contexto de maior ou menor acessibilidade a esses mesmos recursos. Em concordância com Ângelo & Bousso (2008), foi consensual que habitualmente a pobreza gera preocupações sobre comportamentos saudáveis, relacionada com dificuldades de acesso aos recursos materiais, sociais, políticos e económicos. Desta forma, foi integrada a Escala de Graffar (Amaro, 2001) e definidos critérios mais específicos sobre o item relativo ao tipo de habitação, pela dificuldade expressa em classificar a habitação, considerando os critérios definidos na escala original.

O ambiente como categoria integrativa da dimensão estrutural de contexto, foi discutido com base numa abordagem multidimensional da saúde familiar, com a inclusão de áreas de atenção associadas ao ambiente artificial e biológico (ICNP, 2002). As condições do ambiente influenciam a forma como a família, enquanto grupo, se desenvolve adequadamente perante as suas funções específicas. Neste sentido, nesta primeira versão integraram-se indicadores avaliativos que visavam a caracterização do edifício residencial, nomeadamente o tipo de edifício, as divisões, a existência de electrodomésticos e a higiene do mesmo. A sobrelotação, como *"[…] local de residência ou de habitação ocupado por um número de pessoas grande demais para se tornar confortável, seguro e com privacidade; frequentemente associado a falta de privacidade e aumento do risco de doenças contagiosas"* (ICNP, 2002:71), foi englobada, pelo risco consentâneo aos processos de saúde, tanto a nível da saúde física, quanto da possibilidade de individualização a partir da apropriação de um espaço próprio e único para cada um, no contexto habitacional.

Na dimensão desenvolvimental, os indicadores de avaliação foram definidos primeiro transversalmente para todas as etapas do ciclo vital, com a posterior especificação por etapa, considerando as particularidades das tarefas a concretizar. Adaptaram-se as etapas definidas por Relvas (1996), por serem consideradas, pela equipa, as mais ajustadas ao contexto da acção, possibilitando a sistematização processual dos aspectos mais relevantes para os enfermeiros, no âmbito do desenvolvimento da família, enquanto unidade sistémica.

Tendo como finalidade a compreensão da família face ao seu contexto processual de crescimento e desenvolvimento, centrando-se na co-evolução subsequente às transições normativas, as categorias avaliativas reportaram-se a elementos considerados fulcrais para o funcionamento efectivo do sistema familiar, conforme o referenciado em anexo (Anexo 5) e sintetizado no quadro apresentado a seguir (Quadro 9).

Quadro 9 – Categorias Avaliativas da dimensão desenvolvimental segundo a etapa do ciclo vital

Etapas do ciclo vital – Categorias	**I**	**II**	**III**	**IV**	**V**

Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas	X				
Autonomia relativamente à família de origem	X	X	X	X	
Satisfação Conjugal	X	X	X	X	X
Sexualidade	X	X	X	X	
Planeamento Familiar	X	X	X	X	X
Adaptação à Gravidez	X				
Readaptação do casal		X			
Parentalidade (Vinculação; Papel Parental; Conhecimento do papel; consenso, saturação e conflito)		X	X	X	
Sub-sistema fraternal		X	X		
Regulação do poder funcional		X	X	X	
Readaptação da Família			X	X	
Relação Família/Escola			X	X	
Facilitar a saída dos filhos de casa					X
Renegociar a relação de casal					X
Aprender a lidar com o envelhecimento					X

Para cada uma das categorias avaliativas foram definidos indicadores de avaliação considerados essenciais na identificação das necessidades da família, no âmbito do seu desenvolvimento. A psicofigura de Mitchel foi integrada nesta dimensão, por possibilitar a representação gráfica das relações inter-familiares, sendo consensualizada a sua inclusão no genograma.

No que se refere à dimensão funcional instrumental, ainda nesta primeira versão, integraram-se categorias associadas às actividades de vida dos membros da família que, de alguma forma, foram consideradas essenciais na avaliação da dinâmica familiar, nomeadamente no que se refere à organização das actividades do quotidiano. Algumas das categorias são: membro da família com dependência; papel de prestador de cuidados; problemas bio-psico-sociais de repetição na família; padrão de sono dos membros da família; padrão alimentar da família; a actividades recreativas.

Na dimensão funcional expressiva mantiveram-se todas as categorias do MCAF, ampliando a categoria *Papeis Familiares*, com a inclusão de indicadores relativos ao consenso, saturação e conflito do papel, conforme já tinha sucedido no estabelecimento dos indicadores referentes ao *Papel Parental* e *Papel de Prestador de Cuidados.* A inclusão destas categorias avaliativas no âmbito de outras dimensões, que não a expressiva, deveu-se à ênfase do exercício destes papéis, respectivamente a nível desenvolvimental e instrumental. Desta forma, a equipa considerou a delineação dos respectivos indicadores, a partir destes pressupostos integrativos, que permitiram a discussão centrada na multidimensionalidade do sistema familiar.

Simultaneamente à finalização da primeira versão do modelo de avaliação, foi elaborado um documento explicativo de cada uma das categorias e respectivos indicadores de avaliação, no sentido da reflexão global sobre o mesmo.

Desta primeira reunião de apresentação do modelo emergiram alguns princípios orientadores, que, na opinião dos enfermeiros, eram fundamentais no processo de operacionalização do modelo de cuidados:

- Aplicação do modelo de avaliação familiar no contexto clínico de cuidados de enfermagem com as famílias;
- Posterior discussão das categorias avaliativas com base na opinião sobre a funcionalidade do modelo e a definição das mesmas a partir dos focos de atenção descritos na ICNP/CIPE® (ICN, 2002b);
- Definição de subconjuntos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem estruturado com base no modelo de avaliação e que possibilitasse a construção de um modelo de intervenção interactivo e articulado com as áreas de atenção relevantes nos cuidados centrados na família, enquanto unidade.

A aplicação do modelo de avaliação familiar foi efectuada no decorrer de três semanas (ultimas duas semanas de Maio e primeira de Junho de 2007). Cada enfermeiro, aplicou este instrumento a duas famílias, tendo os debates sido retomados com as reflexões decorrentes desta diligência. A partir dos contactos realizados com cerca de 45 famílias, cuja finalidade era a avaliação familiar fundamentada na estrutura conceptual construída, foi possível incorporar nos debates uma visão mais ampla e aprofundada das dificuldades surgidas e do contributo do modelo para a identificação das necessidades das famílias.

No decorrer dos debates, após a definição das áreas de atenção familiares relevantes para os cuidados de enfermagem, foram introduzidos “status” ou dimensões para cada área de atenção, visando a melhor compreensão dos fenómenos. Para o enunciado descritivo das referidas dimensões utilizaram-se termos semânticos do eixo referente aos focos da prática de enfermagem (ICN, 2002b).

Os dados de avaliação familiar traduzidos em dados de caracterização e áreas de atenção permitiram a sistematização de dados diagnósticos associados a estas áreas, como dominios de saúde relevantes no contexto da enfermagem de família.

A definição das áreas de atenção constituiu-se como a finalização de uma etapa crucial na co-construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. Sobre as mesmas, os enfermeiros, podem direccionar a sua avaliação e tomarem uma decisão colaborativa visando o planeamento de intervenções que visem dar resposta a necessidades da família, traduzidas em diagnósticos familiares.

O conteudo de cada uma das áreas de atenção foi definido a partir dos itens avaliativos integrados na primeira versão do modelo de avaliação e da discussão decorrente da aplicação do instrumento de colheita de dados.

Pretendendo-se um modelo dinâmico e interactivo, definimos a partir das áreas de atenção os subconjuntos diagnósticos e diagnósticos que, com a família, e através da identificação das suas forças e recursos, permitisse esboçar um plano de cuidados adequado às suas necessidades. Desta forma, da discussão em torno da construção diagnóstica, emergiu a necessidade de englobar as dimensões avaliativas do modelo de avaliação. Designamos como dimensões outros focos da prática de enfermagem (ICN, 2002b), que, de acordo com as discussões que emergiram nos debates de grupo, foram considerados como componentes de cada um dos focos centrais. A opinião clínica dos enfermeiros relativamente a cada uma destas dimensões seria considerada um sub-diagnóstico, enquanto a sua decisão relativamente ao foco central, um diagnóstico. Tendo como base estes princípios orientadores, foram consensualizados os diagnósticos familiares e respectivas dimensões.

A última etapa da operacionalização do modelo, correspondeu à construção dos enunciados das intervenções para cada um dos sub-diagnósticos e diagnósticos centrais. Para a concretização desta etapa tivemos como referencial o MCIF, que se constituiu como base para reflexão. Paulatinamente, de acordo com as ideias que iam emergindo dos debates, introduzimos conceitos e estratégias de outros modelos de intervenção familiar, sobretudo do âmbito da terapia familiar. A discussão emergiu da articulação entre a reflexão das práticas significativas com os pressupostos teóricos que fundamentam a enfermagem de família, na sua componente clínica.

Nos enunciados das intervenções integramos conceitos adicionais que tal como referido pelo ICN (2005:32), são *"referentes a intersecções da enfermagem com outras disciplinas e especialidades"*. Ainda foram definidos alguns procedimentos específicos das intervenções, visando a homogeneidade conceptual das mesmas e pretendendo a facilitação da tomada de decisão, no contexto interaccional com as famílias.

A etapa referente à co-construção do modelo e respectiva operacionalização concretizou-se em Novembro de 2007, com nova apresentação aos órgãos de gestão da ULSM e grupos de trabalho (GRAPE; REFLECTIR). A sua designação como MDAIF incorpora a dinamicidade e inter penetrabilidade das suas dimensões numa abordagem do sistema familiar. Julgamos possibilitar o planeamento de intervenções, com a família, visando dar resposta aos problemas identificados, através da promoção da mudança num ou em vários domínios do funcionamento da família: cognitivo, afectivo e comportamental. Parece-nos, ainda que, a sua utilização permitirá aos enfermeiros proporem intervenções

que dêem resposta às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades.

4.2.3 – Padrões de Documentação e Parametrização do SAPE

Finalizada a etapa de reconstrução e operacionalização do modelo de cuidados, mantiveram-se os debates de grupo, no sentido de estabelecer padrões de documentação que fossem congruentes com o MDAIF e simultaneamente passíveis de serem utilizados no SI eu uso. Os padrões de documentação referentes à avaliação familiar reportaram-se às áreas de atenção e dados de caracterização integrados no modelo, tentando-se que estes traduzissem os princípios sistémicos do mesmo e os pressupostos metodológicos associados ao dinamismo das etapas do processo de enfermagem. No que se refere aos diagnósticos e respectivas intervenções, os padrões de documentação também prezaram os critérios estabelecidos na co-construção do modelo de cuidados. Os padrões incluem as áreas de atenção, os critérios para a consecução dos diagnósticos e o grupo de *status*, que corresponde às dimensões das mesmas. Ainda os enunciados das intervenções associadas aos diagnósticos, com a respectiva clarificação, apontaram para que o modelo de dados reproduzisse os indicadores do modelo conceptual e assim facilitasse a documentação dos cuidados de enfermagem direccionados à família, enquanto alvo e contexto dos mesmos.

A alteração das especificações da interface gráfica do SAPE, foi autorizada pelos órgãos de gestão da ULSM e também pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), responsável pela gestão dos sistemas e tecnologias de informação do Serviço Nacional de Saúde.

Neste sentido, além da autorização para alterar a parametrização da aplicação informática, no âmbito do Programa de Saúde da Família, foram feitos, pela equipa de enfermagem, pedidos ao ACSS, solicitando a integração dos instrumentos de avaliação familiar que integram o MDAIF. Pretendeu-se além da inclusão das escalas relativas aos mesmos instrumentos, a ligação da aplicação informática ao programa *genopro* (www.genopro.com), que permitiria a realização do genograma e ecomapa. Durante o ultimo trimestre de 2007, iniciaram-se as diligências para a concretização desta ligação. Foi solicitado aos administradores do programa informações relativas aos requisitos técnicos do servidor, assim como o registo do mesmo, no âmbito da investigação. Contudo por incompatibilidades a nível do *software*, não foi possível a efectivação desta ligação, o que limitou a concretizaçao dos objectivos referentes à possibilidade de representar dados familiares cruciais no processo de cuidados. Ou representá-los de forma sistematizada, como seria possível através da elaboração do genograma e

ecomapa, permitindo a estruturação da informação e a sua maximização como elemento gerador de entendimento da estrutura familiar e das suas interacções com os sistemas amplos.

Os debates relativos à construção dos padrões de documentação traduziram-se num bom pretexto para a reflexão e discussão sobre as práticas, promovendo a auto identificação de necessidades de formação a nível da aplicação informática SAPE, nomeadamente o reconhecimento da funcionalidade e interligação dos *menus*. Face a esta necessidade expressa, foram planeados dias da semana para acompanhamento dos enfermeiros, no seu processo de documentação dos cuidados. O plano perspectivou esta monitorização para dois dias semanais, a ocorrerem no primeiro semestre de 2008. A responsabilidade deste processo ficou adjacente à investigadora e à coordenadora do REFLECTIR, responsável pela parametrização do SAPE.

Para a efectiva transformação das práticas dos cuidados e de acordo com o plano de preparação para a mudança, no decorrer do mês de Dezembro de 2007 procedemos às alterações na aplicação informática, estruturando os dados de acordo com os padrões de documentação definidos pela equipa de enfermagem.

Com a realização desta alteração de mudança efectiva no contexto da prática, e com o envolvimento constante de todos os intervenientes nos processos anteriores, julgamos existirem as condições essenciais para que de um paradigma e prática de cuidados centrados no indivíduo se passe para uma prática centrada na família, numa abordagem sistémica e colaborativa.

Conforme planeado, a partir de Janeiro de 2008, os enfermeiros iniciaram a utilização do SAPE, com o novo modelo de dados no âmbito do Programa de Saúde da Família. Procedeu-se ao respectivo acompanhamento do processo de documentação e realizaram-se algumas reuniões com o objectivo de fazer a avaliação contínua do processo de implementação da mudança. Além das dificuldades a nível da documentação, foram também discutidas e validadas questões conceptuais referentes à utilização do MDAIF e especificidades no âmbito da intervenção familiar.

Para colmatar as dificuldades e impulsionar o desenvolvimento de práticas conducentes à implementação de uma mudança efectiva, foi distribuído a todos os enfermeiros o documento referente ao MDAIF (Anexo 6), enquanto modelo conceptual e orientador na tomada de decisão face às práticas com as famílias, e o Manual de Utilização do SAPE – Programa de Saúde Familiar (Anexo 7), elaborado no decorrer do processo de discussão em volta dos padrões de documentação.

Julgamos que, apesar dos constrangimentos associados essencialmente à rotatividade dos enfermeiros, o envolvimento expresso pela maioria dos intervenientes, neste período que culminou em Janeiro de 2008, legitimou as tomadas de decisão quer na co-

construção do modelo de cuidados de enfermagem (MDAIF), quer nos processos que levaram à inclusão de um novo modelo de dados no sistema de informação de enfermagem.

Convencidos da importância deste percurso interaccional que situa o MDAIF tanto no processo, quanto no resultado, faremos uma descrição particularizada do mesmo, tentando dar relevo aos aspectos que julgamos traduzir as suas componentes dinâmicas e integradoras, face à complexidade quer das famílias, enquanto sistemas abertos, quer dos sistemas terapêuticos, enquanto entidades auto-organizativas e co-evolutivas.

4.3 – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: especificação

O modelo apresentado pretendeu dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, partindo da discussão alicerçada nos pressupostos da enfermagem de família, na sua vertente epistemológica, teórica, de investigação e prática. Pela indispensabilidade de traduzir os conteúdos numa linguagem profissional comum, procurou-se, a partir das reflexões e consensos que emergiram dos debates, utilizar a terminologia da ICNP/CIPE® (ICN, 2002b), nomeadamente a versão Beta 2, sendo também esta a terminologia utilizada no sistema de informação em uso, conforme já referido anteriormente.

Partiu-se do princípio fundamental de que os cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto cliente e unidade de intervenção, são regidos por uma abordagem sistémica, com ênfase no estilo colaborativo, que promova a potencialização das suas forças, recursos e competências. Inerente a este princípio está o reconhecimento da competência da família para tomar decisões na gestão do seu funcionamento.

O nosso objectivo face à descrição do modelo co-construído (MDAIF) é apresentá-lo como um marco fundamental no processo de mudança desenvolvido. Não só por ser suportado pelos pressupostos da enfermagem de família, em particular pelo MCAF e MCIF, mas também pelas experiências e vivências dos enfermeiros nos seus contextos de acção com as famílias. Surgiram algumas modificações relativamente à primeira versão do modelo de avaliação, que, segundo os enfermeiros, permitem a melhor sistematização e abordagem integrativa dos cuidados. Embora alguns itens tenham sido eliminados, foi considerado a sua pertinência na discussão, permitindo a interiorização de valores sistémicos, através da ampliação dos focos de atenção direccionados ao sistema familiar. E mesmo que retirados da versão definitiva, podem ser integrados na prática, considerando a especificidade da família.

Neste sentido, e porque o capítulo referente ao Modelo de Análise (Capítulo 2) integra uma reflexão aprofundada e ecossistémica da enfermagem de família, pretendemos dar relevo ao modelo, enquanto instrumento conceptual e operativo. As suas bases conceptuais estão descritas no capítulo indicado e apenas faremos menção aos aspectos da literatura que, por omissos no mesmo, julgamos úteis para o melhor entendimento do MDAIF. Referimo-nos nomeadamente à inclusão da definição das áreas de atenção, dos juízos e das acções descritas na CIPE®, ambicionando contudo, a clareza face à complexidade do processo de co-construção do modelo aqui apresentado.

Pela cariz dinâmica deste modelo, que pretende ser interactivo, flexível e cuja utilização pretende ser promotora de mudança, tentaremos enunciar os critérios que permitem a inter-ligação entre as várias etapas do mesmo, elas próprias sobreponíveis e circulares. Ainda salientamos que as categorias descritas e respectivos itens pretendem ser uma base de orientação para a prática de cuidados com as famílias, considerando a sua transversalidade isomórfica. Contudo, face à especificidade e complexidade de cada família, como entidade caracterizada pela unicidade interaccional e funcional, aos enfermeiros compete a tomada de decisão relativamente às áreas de atenção que melhor se adaptam às características do sistema familiar. Além de que, nem todos os indicadores de avaliação que integram as categorias e respectivas dimensões, necessitam de ser utilizados nas primeiras entrevistas. A decisão sobre quais as categorias adequadas deve ser sempre fundamentada num paradigma de cuidados cujo foco de observação é a família, pela compreensão da sua complexidade através das relações intra-sistémicas e intre-sistémicas; a aceitação dos seus processos de auto-organização e o reconhecimento da sua participação no sistema, pela validação de possíveis realidades.

Julgamos assim que a utilização do MDAIF permitirá aos enfermeiros proporem intervenções que dêem respostas às necessidades das famílias em cuidados, identificando, com rigor, tais necessidades.

4.3.1 – Avaliação Familiar

A avaliação centra-se nas áreas de atenção, definidas como categorias avaliativas das dimensões de avaliação (Figura 5), que em complementaridade com os dados avaliativos constitui-se como uma estrutura de organização sistemática, visando tanto o conhecimento aprofundado da família, como a possibilidade de direccionar as intervenções no sentido do fortalecimento familiar.

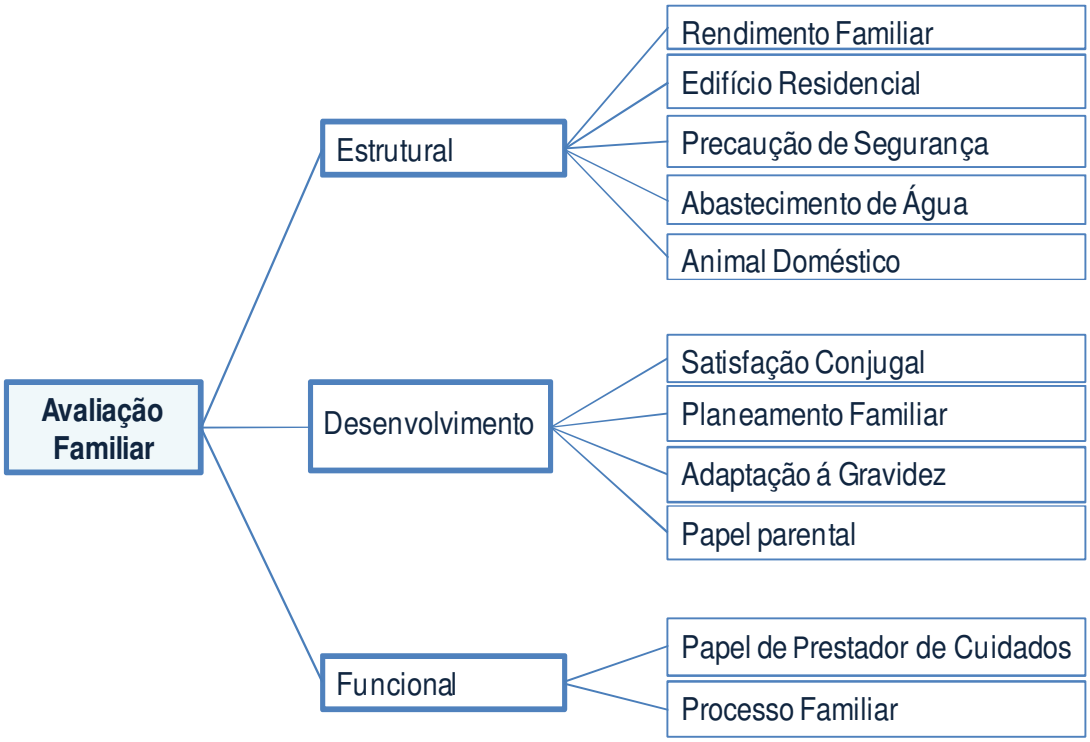


Figura 5 – Diagrama das áreas de atenção familiares por domínios avaliativos

4.3.1.1 – Avaliação Estrutural

Esta dimensão avaliativa incide sobre a estrutura da família, visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros sub-sistemas como a família alargada e os sistemas amplos e ainda aspectos específicos do contexto ambiental, que podem indicar riscos de saúde.

De acordo com o modelo em anexo (Anexo 6), além das áreas de atenção descriminadas na figura anterior, a avaliação estrutural integra outros dados avaliativos que permitem, conforme já referido, o entendimento mais profundo da família, enquanto sistema aberto, cujo processo transformativo é influenciado pelos diferentes níveis estruturais do ambiente.

A diferenciação entre área de atenção e dado avaliativo ou de caracterização, surgiu pela necessidade de interligar os aspectos relevantes da avaliação que sugeriam necessidade familiares e a partir da sua validação colaborativa, sistematizar as forças e problemas em cada uma dessas mesmas áreas. Assim, os indicadores de avaliação adjacentes a cada área de atenção estabelecem uma orientação, de acordo com os critérios definidos previamente, quer para a decisão sobre o diagnóstico, quer para as intervenções, permitindo a avaliação de resultados face aos objectivos propostos com as famílias.

Os dados avaliativos reportam-se a itens de caracterização da família, que complementam a compreensão da sua estrutura, tornando-se fulcrais para uma avaliação integradora e contextual, embora alguns deles (como a classe social, edifício residencial, sistema de abastecimento, ambiente biológico) possam também direccionar para o aprofundamento da avaliação, no processo de actividade diagnóstica. Nesta dimensão, o modelo engloba os seguintes dados de caracterização:

Composição da Família

Agrega a informação sobre quem faz parte da família, a identificação dos elementos, o vínculo entre os mesmos, datas de nascimento e outros dados considerados relevantes para a compreensão da estrutura, como alterações da sua composição decorrentes de óbitos, divórcios e novos casamentos, ou ainda de nascimento ou adopção. Este item de caracterização remete para a identificação da ordem de nascimentos e sub-sistemas, considerados essenciais na avaliação dinâmica e ecológica da família.

Tipo de Família

Inventaria a família de acordo com a sua composição e os vínculos entre os seus elementos, que determinam algumas das suas funções, internas e externas, associadas ao seu desenvolvimento. A identificação do tipo de família permite a incorporação das múltiplas formas de organização familiar e a diversidade inerente à sua configuração. Os itens descritivos deste item circunscrevem-se a: casal (homem e mulher ou parceiros do mesmo sexo que podem ou não serem legalmente casados); família nuclear (homem e mulher com um ou mais filhos biológicos ou adoptados e podendo ser ou não legalmente casados; casal do mesmo sexo com um ou mais filhos adoptados, podendo ser ou não legalmente casados); família reconstruída (casal em que pelo menos um dos elementos tenha uma relação marital anterior e um filho decorrente desse relacionamento); família monoparental (constituída por figura parental única e presença de uma ou mais crianças, com a identificação do género da pessoa que representa a figura parental); coabitação (homens e mulheres solteiros partilhando a mesma habitação); família institucional (reporta-se a conventos, orfanatos, lares de idosos, internatos); comuna (grupos de homens, mulheres e crianças sem delimitação expressa de sub-sistemas associados a grupos domésticos); unipessoal (uma pessoa numa habitação); alargada (constituída por três gerações ou casal ou família nuclear e outros parentes ou pessoas com outros vínculos que não os de parentesco).

Família Extensa

Pretende identificar o tipo e a intensidade do contacto, além das funções das relações estabelecidas entre os membros da família e os elementos da família de origem e outros parentes, não englobados no sistema familiar. A especificação das funções de rede dos elementos significativos da família extensa (companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contactos) possibilita a identificação dos mesmos como recursos e ainda a percepção de cada membro da família face à sua família extensa.

Sistemas mais Amplos

Inclui as interacções sociais entre contextos em que a família participa, sejam instituições sociais ou pessoas significativas não pertencentes à família alargada. Situando no mesosistema as relações mais significativas que caracterizam a rede social familiar, susceptíveis de trazer à família ajudas percebidas como significativas ou diferenciadas, incluímos as instituições de ensino, instituições de saúde, instituições religiosas, instituições de lazer e cultura, contexto profissional e ainda os amigos. A caracterização dos vínculos entre a família e sistemas externos, possibilita ampliar a visão do sistema familiar aos contextos com que interage e simultaneamente validar a sua função como recurso, a partir da exploração desses mesmos vínculos.

Para avaliação destes primeiros itens, a par dos indicadores de avaliação descritos e em complementaridade com os mesmos, integramos a elaboração do genograma e do ecomapa para a delineação da estrutura familiar.

Classe Social

Possibilita a compreensão mais aprofundada dos recursos e dos factores de stresse familiares que possam estar associados aos aspectos económicos, de instrução, de grupo profissional e ainda do contexto residencial. A classe social influencia a forma como as famílias se organizam, como estabelecem as crenças e valores e ainda como utilizam os serviços de saúde e outros serviços sociais, sendo por isso também pertinente a sua avaliação.

Conforme já referido anteriormente, adoptamos a Escala de Graffar adaptada (Amaro, 2001), associando os critérios definidos para o tipo de habitação, no item correspondente, que permitem uma caracterização mais objectiva e ampla da mesma. Efectivamente os termos de habitação espaçosa, confortável e em bom estado, suscitaram múltiplas interpretações, que embora a percepção dos membros da família sobre a mesma seja fulcral para a atribuição do grau correspondente, foi emergente a especificação deste item no sentido de reduzir a ambiguidade. Embora enfatiza como um dado de caracterização, a categoria classe social, pela análise específica de cada um dos itens da

escala utilizada, e face aos resultados obtidos induz a uma avaliação particular no âmbito das áreas de atenção Rendimento Familiar e Edifico Residencial, aglomeradas na dimensão estrutural (Figura 5). Estimado o item "Origem do Rendimento Familiar" (Escala de Graffar Adaptada) no grau 4 ou grau 5, é necessário proceder à avaliação do conhecimento da família sobre a gestão do rendimento, definido pelo ICN (2002:60) como *"[…] um tipo de gestão financeira com as características específicas: assumir o valor do dinheiro como recurso programado para a manutenção doméstica; recursos financeiros previsíveis para manter uma casa durante um período de tempo, como uma semana, mês ou ano; dinheiro que se recebe periodicamente pelo trabalho ou prestação de serviços, como meio de assegurar estabilidade, segurança e satisfação das necessidades básicas".*

Da mesma forma, caso o ***item*** "Tipo de Habitação", obtenha uma pontuação localizada no grau 4 ou 5, com base na premissa de que o edifício residencial não proporciona condições de segurança adequadas, a avaliação é direccionada ao conhecimento da família sobre os riscos inerentes a esta condição.

Edifico Residencial

Definido como uma *"[…] estrutura designada e construída para habitação, residência ou lar humano, proporcionando ao ser humano abrigo, protecção e espaço"* (ICN, 2002b:71), incluí, como categoria estrutural, aspectos da habitação relacionados com a existência de barreiras arquitectónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação.

Sobre as barreiras arquitectónicas, o Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social define as condições de acessibilidade na construção de espaços públicos, equipamentos colectivos e edifícios públicos e habitacionais. Tem como finalidade assegurar os direitos das pessoas com necessidades especiais que se confrontam com barreiras ambientais resultantes de factores permanentes ou temporários, de deficiência de ordem intelectual, emocional, sensorial, física ou comunicacional. No que se refere especialmente aos edifícios para habitação a secção 4.7 da mesma legislação integra orientações no sentido de certificar as condições que permitam a efectivação dos direitos individuais. A barreira pode estar implantada no pavimento ou em altura, impedindo o utilizador de interagir com o meio que o rodeia, sendo que os critérios legislados sobre as instalações sanitárias, os espaços de entrada habitacional, os pisos, os revestimentos, entre outros aspectos, permitem a sistematização de indicadores direccionados para a avaliação das barreiras. Contudo, a verificação das mesmas, neste contexto avaliativo, rege-se por considerar primordialmente as características da família e a verificação se a presença de alguns

destes factores interfere no funcionamento instrumental da família, e se, a nível individual, é inibidor da possibilidade de concretização das actividades de vida diária. Ou seja, se em determinados contextos habitacionais, a altura das bancadas e espaços entre as mesmas não constitui problema para nenhum dos membros da família; em outros contextos, face às especificidades das necessidades dos indivíduos, as mesmas condições podem manifestar-se como problemáticas. Compete ao enfermeiro, validar todas estas questões com a família, no sentido de poderem ser identificadas necessidades a este nível.

Caso sejam identificadas situações referentes ao edifício residencial que evidenciem, face ao referido, a existência de barreiras arquitectónicas, a avaliação deve ser direccionada ao conhecimento sobre estratégias de adaptação às mesmas, no âmbito da área de atenção Precaução de Segurança, definida como "*um tipo de precaução com as características específicas: desempenhar actividades directamente orientadas para prevenir e evitar acidentes ou perigos que são especificamente conhecidos por provocarem lesão e prejuízo; executar actividades orientadas para a manutenção da segurança do ambiente; associada com a utilização de dispositivos protectores como luvas e capacete"* (ICN, 2002b:57).

A identificação do tipo de aquecimento utilizado pela família, remete-nos também para uma avaliação mais aprofundada no âmbito desta área de atenção direccionada aos conhecimentos sobre a utilização deste equipamento. No mesmo âmbito se situa o abastecimento de gás, cuja identificação do tipo de gás utilizado encaminha para a avaliação do conhecimento sobre as condições de acondicionamento e a gestão do sistema de abastecimento.

Os dados relativos á higiene da habitação referem-se, de acordo com Ferreira (1990) às condições de salubridade ambiental que promovem condições favoráveis para a saúde. Embora este seja um conceito abrangente, que agrega aspectos da higiene individual, ambiental e social, utilizamo-lo aqui apenas dirigido ao contexto habitacional. Desta forma definimos três indicadores para avaliação deste item: organização (ausência/presença de aglomeração de louça suja, ausência/presença de objectos espalhados pelo chão, ausência/presença de roupa acumulada pelas divisões da habitação); presença de insectos e roedores; limpeza (ausência/ presença de paredes, tecto e pavimentos sem manchas ou outros resíduos; ausência/presença de pó acumulado e de gordura). Em caso da verificação da ausência da mesma e validação do seu impacto como risco biológico na saúde familiar, no âmbito da área de atenção Edifício Residencial, torna-se essencial a avaliação do conhecimento sobre os riscos de deficiente higiene habitacional, além do conhecimento sobre governo da casa, definido como *"[…] um tipo de cuidado*

doméstico com as características específicas: gerir o local de habitação ou casa; associado a limpar e cozinhar" (ICN, 2002b:59).

Sistema de Abastecimento

Integra o abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos, considerados com aspectos primários na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias (Ferreira, 1990).

O Abastecimento de Água reportando-se à *"[…] disponibilidade e acessibilidade de água potável, necessária para sustentar a vida das pessoas"* (ICN, 2002b:72), toma maior relevo quando é utilizada água de rede privada para consumo humano. Os conhecimentos sobre as formas de contaminação, factores de contaminação e os sintomas que revelam águas impróprias para consumo, determinam a capacidade da família em adequar os cuidados em relação à fonte de abastecimento de água para que esta permaneça em bom estado de conservação e assim continue a fornecer água potável. Essencial também, neste caso, o conhecimento das directrizes do Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território sobre a regulação da qualidade da água para consumo humano (Decreto-Lei n.º 243/ 2001 de 5 de Setembro).

O tratamento de resíduos, uma das variáveis essenciais do saneamento da habitação e colectividade, insere-se na avaliação do sistema de abastecimento, por se reportar à acessibilidade a recursos básicos, necessários para sustentar a saúde dos indivíduos (ICN, 2002b).

Ambiente Biológico

O risco biológico que advém do contacto com animais domésticos, justifica a inserção de um item sobre as condições de vigilância, segurança e higiene destes animais. O critério de inclusão neste item teve como referência a descrição do ICN (2002b) relativa a animal doméstico, considerado qualquer animal domesticado para convívio com os seres humanos. Os indicadores reportam-se aos seguintes aspectos: vacinação do animal, (Decreto-Lei n.º 91/2001 de 23 de Março do Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas que aprova o Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da Raiva Animal e outras Zoonoses), desparasitação, que se aplica essencialmente aos animais que frequentam o exterior da habitação e ainda a avaliação relativa à higiene do animal e dos locais circundantes.

Algumas das categorias, conforme a descrição anterior, interligam-se às áreas de atenção, carecendo algumas situações de uma avaliação singular. A estes dados mais específicos designamos como dimensões das áreas de atenção, sintetizadas no quadro apresentado a seguir (Quadro 10) e também já descritos atrás.

Quadro 10 – Áreas de Atenção e dimensões do MDAIF referentes à dimensão estrutural

Áreas de Atenção	Dimensões
Rendimentos Familiares	Conhecimento e capacidade da família sobre a gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares
Edifico residencial	Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro Conhecimento sobre governo da casa Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional
Precaução de Segurança	Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento Conhecimento sobre utilização de equipamento de gás Conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitectónicas
Abastecimento de Água	Conhecimento sobre controlo da qualidade da água Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Animal Doméstico	Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico Conhecimento sobre serviços da comunidade Conhecimento sobre desparasitação do animal doméstico

4.3.1.2 – Avaliação de Desenvolvimento

A avaliação referente à dimensão de desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família, numa abordagem processual e contextual. O entendimento do contexto desenvolvimental do sistema familiar, implica o reconhecimento do ciclo vital como um percurso conjecturável para todas as famílias e simultaneamente a identificação dos seus processos de evolução transaccional associados ao crescimento específico e exclusivo de cada família.

A compreensão desta trajectória possibilita a concretização de cuidados antecipatórios, com a finalidade de promover a capacitação da família através do desenvolvimento das tarefas essenciais para cada etapa e prepará-la para futuras transições, tornando-se a abordagem do ciclo vital fundamental no contexto dos cuidados de enfermagem centrados na família.

Adoptamos as etapas do ciclo vital definidas por Relvas (1996): formação do casal; família com filhos pequenos; família com filhos na escola; família com filhos adolescentes e família com filhos adultos, partindo do pressuposto que as transformações inerentes ao desenvolvimento familiar envolvem transformações impulsionadoras de mudanças a nível do funcionamento da família, da sua estrutura e dos seus processos de interacção.

Desta forma a identificação da etapa do ciclo vital em que a família se encontra permite melhorar a compreensão contextual da família, assim como a tomada de decisão sobre as áreas de avaliação de maior relevância face a este contexto.

Considerando que as tarefas características de cada etapa não terminam logo que se inicia outra, centrando-se essencialmente na evolução temporal das interacções numa

perspectiva de continuidade, definimos áreas de atenção transversais a todas as etapas. Para cada uma das áreas de atenção descrevemos as respectivas dimensões (Quadro 11), que permitem uma avaliação aprofundada e globalizante das necessidades familiares ao nível da sua dimensão de desenvolvimento. Pelo facto das etapas mencionadas se integrarem no ciclo vital da família nuclear, a selecção das áreas de atenção para avaliação rege-se pelas características estruturais e funcionais da família.

Num processo metodológico transversal à co-construção deste modelo, as áreas de atenção emergiram da discussão fundamentada nas teorias descritas no Capítulo 2 em articulação com os processos experienciais relatados pelos enfermeiros e da opinião consensualizada dos mesmos sobre os dados mais relevantes no seu contexto de acção, perspectivando a identificação de necessidades da família, nas suas diversas dimensões.

Quadro 11 – Áreas de Atenção e dimensões do MDAIF referentes à dimensão de desenvolvimento

Áreas de Atenção	**Dimensões**
Satisfação Conjugal	Relação Dinâmica do casal Comunicação do casal Interacção Sexual Função Sexual
Planeamento Familiar	Uso de Contraceptivo Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Conhecimento sobre Reprodução Fertilidade
Adaptação à Gravidez	Conhecimento do casal Comunicação Comportamentos de adesão
Papel Parental	Conhecimento do Papel Comportamentos de adesão Adaptação da Família à Escola Consenso do papel Conflito do papel Saturação do papel

Satisfação Conjugal

Esta área de atenção centra-se nos processos de conjugalidade associados à continuidade de uma relação satisfatória, percepcionada como apoiante nas suas múltiplas vertentes, que se interligam. Os processos de conjugalidade transformam-se ao longo da vida do casal, associados a maior parte das vezes à forma como este se adapta às transições dos seus elementos, enquanto sub-sistemas individuais e também a gestão comum face as pressões internas e externas dos outros sub-sistemas. Neste contexto

foram definidas as seguintes dimensões, que no seu conjunto avaliam a área de atenção central, satisfação conjugal:

- Relação Dinâmica do casal, centrada na partilha de responsabilidades, na possibilidade de expressar sentimentos e emoções, flexibilidade de papéis e partilha de responsabilidades, valores e crenças (ICN, 2002b). Esta dimensão inclui itens de avaliação que se reportam à satisfação do casal com a partilha das tarefas domésticas, com o tempo que passam juntos e a forma como cada elemento expressa os seus sentimentos. Relativamente ao primeiro item, independentemente do modelo organizativo da divisão das tarefas, habitualmente associado a aspectos culturais e valores familiares, interessa primordialmente a percepção da satisfação dos membros do casal, manifestada face ao mesmo.
- Comunicação do casal, que se reporta às acções interaccionais subjacentes aos comportamentos relacionais, que caracterizam a relação e que promovem a satisfação processual, percepcionada pela possibilidade da partilha e da redução de ambiguidades entre os membros do casal. O diálogo sobre as expectativas e receios de cada um dos elementos, o acordo face há discordância de opinião e a satisfação face ao padrão de comunicação estabelecido, são itens de apoio à avaliação da comunicação, como dimensão fulcral da satisfação conjugal.
- Interacção Sexual definida como as "*expressões comportamentais de desejos, valores, atitudes e actividades sexuais entre indivíduos*" (ICN, 2002b:64) com a inclusão de dados de avaliação referentes à satisfação do casal com o seu padrão de sexualidade e o conhecimento sobre sexualidade. A sexualidade, como conceito muldimensional e complexo, é entendida como uma energia impulsionadora de emoções e sentimentos positivos que influenciam as interacções. Como tal traduz-se no modo como cada pessoa expressa os afectos, contribuindo para a aceitação do prazer e afectividades nas interacções sexuais. A vivência da sexualidade é subjectiva, dependendo de vários factores inerentes a cada elemento do casal e ao modelo relacional co-construído, que integra expectativas e crenças sobre a sexualidade. Enfatizando a dimensão humana da sexualidade, Heiborn (1999) refere-se à ternura e comunicação como factores predisponentes à satisfação mútua. A expressão dos afectos na intimidade, a frequência das relações sexuais e as oportunidades de intimidade relacionadas com recursos associados ao tempo, ao espaço e à privacidade, são alguns dos aspectos que, influenciando a satisfação do casal, integramos na definição de padrão de sexualidade.
- Função Sexual, como *"[…] capacidade de participação na relação sexual e, no caso do homem, de ejacular]…]*" (ICN, 2002b:42) integra dados que visam avaliar

a existência de disfunções sexuais e o conhecimento do casal sobre estratégias de resolução das mesmas. Segundo a Associação Americana de Psicologia (2002), as disfunções sexuais caracterizam-se pela perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual, podendo causar dificuldades no relacionamento interpessoal. Reportando-se à diversidade de manifestações, segundo as quais os indivíduos são capazes de participar na relação sexual, a resposta sexual é multidimensional, caracterizada essencialmente pela sua componente psicossomática. Com base no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Associação Americana de Psicologia, 2002), integramos as disfunções sexuais mais frequentes, associadas às perturbações do desejo sexual, disfunções da erecção, disfunções da ejaculação, perturbações do orgasmo e ainda disfunções dolorosas.

Planeamento Familiar

O conceito de Planeamento Familiar, habitualmente associado ao Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (DGS, 2008), foi discutido tendo por base a sua definição como área de atenção de enfermagem *" […] processo comportamental de regular o número e espaçamento das crianças numa família, tendo em conta os costumes e a lei, o número de crianças e adultos ideal ou aceitável na família ou a valorização de um sexo em relação ao outro […].*" (ICN, 2002b:65). Este enquadramento pressupõe o conhecimento e acessibilidade dos casais a métodos de planeamento familiar, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis e, ainda, o acesso a consultas pré-concepcionais que ofereçam aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis.

A partir destes pressupostos, emergiram as dimensões do planeamento familiar, uso de contraceptivo; conhecimento sobre vigilância pré-concepcional; conhecimento sobre reprodução e fertilidade.

O uso de contraceptivo está associado ao empreendimento de acções que visam evitar a gravidez, quando o casal não pretende ter filhos ou mais filhos ou, ainda, quando planeia um espaçamento entre as gravidezes. A informação sobre o seu uso, assim como o contraceptivo utilizado, ou as razões de interrupção, direccionam a avaliação para a avaliação do conhecimento sobre contracepção, assim como a satisfação com o método utilizado, caso seja essa a situação. Os enfermeiros, conhecendo os critérios de adequação do método contraceptivo definidos pela DGS (2008) e, ainda, tendo em consideração tratar-se do inicio ou continuação da sua utilização, definirão as prioridades relativamente à avaliação do conhecimento do casal sobre a diversidade dos métodos disponíveis ou, apenas sobre o método utilizado. O conhecimento, inteirado neste modelo

como *"[…] um tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências apreendidas; domínio e reconhecimento de informação"* (ICN, 2002b:45), no âmbito dos métodos contraceptivos, reporta-se à apreciação sobre o modo de utilização, as vantagens e desvantagens do mesmo, os efeitos colaterais e interacções e, ainda a sua adequação às características do casal e dos seus membros.

Quando o casal pretende ter filhos ou mais filhos a avaliação do conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional permitirá a identificação das necessidades a nível da informação e reconhecimento da mesma, visando a promoção da maternidade e a paternidade responsáveis. Com base nas orientações da DGS (2006) sobre a consulta de vigilância pré-concepcional e o reconhecimento da importância da mesma na detecção de problemas que possam condicionar a gravidez, consideramos que além da avaliação do conhecimento do casal sobre a possibilidade de aceder a esta consulta e as vantagens inerentes, também a avaliação do conhecimento sobre os aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez, podem indicar necessidades a nível de informação, que colmatadas, são favorecedoras da saúde reprodutiva. Em relação a este ultimo nível, direcciona-se à gravidez como transição, à qual estão subjacentes alterações normativas que conduzem a um novo estado na vida relacional do casal e, como sistema aberto, nas interacções estabelecidas com os sub-sistemas com quem interagem.

Emergindo as categorias avaliativas da discussão baseada na definição de planeamento familiar, como área de atenção familiar e, do conceito de Saúde Reprodutiva, como *"[…] um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos*" (DGS, 2008:5), ainda no âmbito desta área de atenção, agregamos a dimensão Reprodução. Esta dimensão alude à capacidade dos membros do casal em participarem na reprodução de uma criança, através dos seus sistemas reprodutores ou a partir de métodos de fertilização artificial (ICN, 2002b). Neste sentido, consideramos que o conhecimento sobre reprodução permite a maximização da sua capacidade reprodutiva, de acordo com as motivações e objectivos definidos pelo casal. Para avaliar o conhecimento sobre reprodução, integramos os seguintes itens avaliativos:

- Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher, que integra as modificações contínuas do útero e dos outros órgãos sexuais secundários associados ao ciclo menstrual e, ainda a resposta sexual feminina;
- Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino, referente às estruturas anatómicas constituintes do sistema reprodutor feminino e a fisiologia dessas mesmas estruturas;

- Conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino, referente às estruturas anatómicas constituintes do sistema reprodutor feminino e a fisiologia dessas mesmas estruturas;
- Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez, que se reporta ao processo de fecundação e ao conjunto de mudanças que ocorrem desde a fecundação ao parto;
- Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes, que incide na importância do espaçamento tanto para a recuperação física da mulher, quanto para a adaptação da família a um novo elemento;
- Conhecimento do casal sobre desvantagens da gravidez não desejada numa fase do ciclo de vida do casal em que esta não era prevista. Além das implicações no funcionamento familiar decorrentes da gravidez não desejada, incluímos, neste item, os aspectos específicos associados à saúde da mulher e às eventuais repercussões no desenvolvimento infantil.

Adaptação à Gravidez

O nascimento do primeiro filho implica no casal que a função conjugal se mova para a função parental. Assim, no período de gravidez desponta a necessidade de adaptação às mudanças físicas e o casal terá que se ajustar ao desafio de redefinir os seus papéis na estrutura familiar, abrindo progressivamente espaço para o filho. Sendo a adaptação à gravidez definida pelo ICN (2002:66) como *"[…] processo familiar com as características específicas: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender acções para se preparar para ser pai (s); interiorização das expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados*", consideramos que o conhecimento prévio sobre o processo de transição associado à gravidez, e a comunicação positiva do casal são factores promotores da aquisição da identidade parental ajustada, assim como da conjugalidade satisfatória.

A gravidez é pois uma fase de mudança, tanto para cada um dos membros do casal, como para o sistema familiar e extra-familiar onde se vai integrar a criança.

Além da dimensão "Conhecimento do Casal" e "Comunicação do Casal", integramos os "Comportamentos de Adesão".

A primeira dimensão agrega itens avaliativos que se referem ao conhecimento do casal sobre diversas áreas, que no seu conjunto julgamos constituírem-se como suporte para uma avaliação integrativa:

- Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez, maternidade e paternidade. Este item incide no conhecimento sobre as medidas de protecção da

parentalidade no âmbito da maternidade, paternidade e adopção, regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 89/2009 de 9 de Abril e Decreto-Lei n.º 91/2009 de 9 de Abril;

- Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação à gravidez, considerando os diversos autores que se referem a estas etapas como um processo de transição promotor da identidade parental (Jongenelen & Soares, 1999, Bobak, Lowdermilk & Deitra, 1999; Mendes, 2002; Relvas, 1996);
- Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas da gravidez, relacionadas essencialmente com os desconfortos habituais que ocorrem na grávida e cujo desconhecimento da sua previsibilidade e das medidas a tomar face à sua ocorrência, podem implicar diminuição do bem-estar individual, com repercussões no bem-estar do casal;
- Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital, que integra os aspectos relacionados com o ajuste conjugal, a expansão do relacionamento com a família de extensa, a necessidade de redefinição de papeis familiares e, ainda, as novas funções direccionadas à protecção da criança;
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez, que integra a periodicidade das consultas de saúde materna e os objectivos da mesma.
- Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto, pelas vantagens acrescidas deste curso na adaptação do casal à nova etapa;
- Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal, que se reporta aos aspectos relacionados com o desenvolvimento e crescimento e, ainda, à diversidade e singularidade de algumas características, como os movimentos do feto e os batimentos cardíacos;
- Conhecimento do casal sobre processo fisiológico associado ao puerpério, que se refere não só às alterações fisiológicas, mas também às implicações a nível psicológico e as eventuais repercussões na dinâmica familiar. O conhecimento prévio permite a expressão de sentimentos e facilita a definição de estratégias de adaptação ao desempenho de novos papéis, fortalecendo a relação do casal;
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido, centrado nas orientações da DGS (2005), visando o apoio e estimulação da função parental através da informação sobre aspectos essenciais dos cuidados de vigilância ao recém-nascido;
- Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé. Este item, tal como o anterior, foram incluídos considerando o referido por Mendes (2002), sobre a relação entre as tarefas de preparação do enxoval, os planos para cuidar do filho

e a promoção do processo de individualização, ajudando a grávida a personificar o feto e, ainda, o casal a vivenciar positivamente a transição para a parentalidade;

- Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido, integrando os equipamentos que devem adquirir, assim como outras estratégias de prevenção de acidentes, cuja informação sobre as mesmas permite reduzir a ansiedade face aos receios inerentes às novas funções familiares;
- Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido. Incidindo essencialmente na promoção da amamentação, o entendimento sobre a informação do casal relativamente às vantagens e a sua motivação para a sua adopção, permite ao enfermeiro identificar necessidade a este nível, cujas intervenções poderão possibilitar a tomada de decisão informada. Efectivamente Bobak, Lowdermilk & Deitra (1999) referem que a partir do sexto ou sétimo mês de gravidez a maioria das mulheres está motivada para aprender sobre aspectos relacionados com a amamentação.

A comunicação do casal como dimensão da adaptação à gravidez, direcciona-se para a partilha do casal sobre receios e expectativas associados à gravidez e parentalidade. Ainda a percepção do apoio mútuo nas tarefas desenvolvimentais associadas a esta etapa de transição para a parentalidade, a que subjaz a reestruturação da conjugalidade e a redefinição dos limites com os sistemas amplos.

Numa visão integradora, em que os conhecimentos do casal e a sua percepção sobre o padrão de comunicação se tornam fundamentais neste processo de avaliação, articulamos ainda a dimensão referente aos comportamentos de adesão.

Esta surge associada às acções que promovem o bem-estar, a recuperação ou a reabilitação (ICN, 2002b), como os comportamentos desenvolvidos pelo casal que evidenciam o processo de adaptação à gravidez e concomitantemente a interiorização dos novos papeis, no âmbito da parentalidade. Incide essencialmente na adesão às consultas de saúde materna, no curso de preparação para o parto e na preparação do enxoval, por considerarmos estes indicadores processuais fulcrais na promoção da adaptação à gravidez.

Papel Parental

Os papéis familiares caracterizam-se essencialmente pelos padrões comportamentais dos membros da família face à expectativa e crença sobre o papel, resultante, entre outros factores do modelo funcional do sistema e dos factores culturais adjacentes à co-construção desse mesmo modelo. À componente dinâmica do exercício do papel está associada a reciprocidade interaccional que resulta da complexidade face ao(s) membros

que exercem o papel, o (s) membros a quem se dirige o mesmo e ainda o sistema como um todo, interdependente e auto-organizativo.

Nesta perspectiva, o papel agrega a componente do conteúdo associado às expectativas, assim como a reciprocidade relacional, determinada pelo grau de poder e relação afectiva. Consideramos estes princípios fundamentais para a compreensão dos sistemas de papeis familiares e naturalmente dos seus padrões.

O nascimento de um filho marca a transição do ciclo evolutivo da família, pela transformação da díade em grupo familiar, de forma permanente. O casal, agora pais, precisa de definir os papéis parentais e adaptar-se á responsabilidade permanente de serem pais. A parentalidade envolve assim acções e interacções por parte dos pais que abrangem o desenvolvimento da criança e a aquisição da identidade parental. Estas acções incluem tanto os cuidados físicos como os afectivos, que na sua globalidade constituem os comportamentos parentais.

Com a entrada do filho na escola, de forma a facilitar a crescente autonomia da criança, precisam de reforçar o seu papel de educadores e simultaneamente adaptarem-se aos novos horários e funções, sendo habitual a contestação da autoridade paternal confrontada com a opinião do professor. Com o filho adolescente, cabe aos pais facilitar a autonomia do mesmo promovendo um equilíbrio entre a responsabilidade e liberdade. Facilitar a saída dos filhos de casa é uma das tarefas inerente ao último estádio do ciclo vital em que a redefinição relacional por ambas as gerações permite a construção autónoma de uma nova família.

Neste sentido iniciamos a discussão sobre o papel parental, tendo por base a definição do ICN (2002:63): *"[…] um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente*", incorporando as teorias de desenvolvimento familiar e mantendo um paradigma integrativo resultante da abordagem sistémica.

As dimensões definidas para esta área de atenção (Quadro 12), integram categorias avaliativas consensualizadas, conforme já vem sido evidenciado, numa trajectória processual alicerçada na discussão sistemática sobre os conceitos teóricos e os contextos da acção.

Quadro 12 – Categorias avaliativas da dimensão conhecimento do papel, segundo a etapa do ciclo vital

Etapas do ciclo vital – Categorias avaliativas	II	III	IV
Conhecimento dos pais sobre Padrão alimentar	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre Padrão de ingestão de líquidos	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre Padrão de sono/repouso	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	X		
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes	X		
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária	X	X	
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde/ vacinação	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre socialização	X	X	
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil	X	X	
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social	X	X	
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	X	X	X
Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência			X

A tensão no desempenho do papel pode ser atribuída á incapacidade de definir a situação, falta de conhecimento do papel, falta de consenso do papel, conflito de papel e saturação do papel (Hanson, 2005). Estes factores de tensão do papel são transversais ao exercício de todos os papéis familiares, considerada a sua avaliação muito pertinente no contexto do papel parental, assim como na avaliação relativa a outros papeis integrados neste modelo.

Concordamos com LeBoterf (2005) de que a competência integra o conhecimento, a sua integração e transposição para o contexto, requererendo o envolvimento e o reconhecimento dos outros. Neste sentido, os padrões estabelecidos relativos ao desempenho do papel, mantêm-se dando continuidade ao sistema familiar e, em situações de desequilíbrio, que podem implicar dificuldades na manutenção da sua competência, a família pode alterá-los, adaptando-se a novas circunstâncias e mobilizando padrões alternativos Os padrões transaccionais tendem a alterar-se ao longo do desenvolvimento da família.

Para cada etapa foram definidas categorias avaliativas diferenciadas relativamente às dimensões do conhecimento e comportamentos de adesão, mantendo, conforme referido, as cinco etapas do ciclo vital definidas por Relvas (1996).

No conhecimento do papel introduziu-se os aspectos relacionados com a informação e a capacidade no âmbito da aprendizagem de habilidades, de forma a identificar necessidades de incorporação de novos conhecimentos, que conduzam à alteração de

comportamento e à consequente mudança do sistema, no sentido do seu funcionamento efectivo, face às suas novas funções.

O quadro apresentado a seguir (Quadro 12) enumera as categorias avaliativas referentes à dimensão conhecimento, referentes à etapa II (família com filhos pequenos), etapas III (família com filhos na escola) e etapa IV (família com filhos adolescentes).

A maioria das categorias avaliativas são comuns às três etapas, embora sejam diferentes os indicadores, que conduzem à especificação quer das questões a realizar com a família, quer na interpretação da informação colhida. Nesta especificação deverá ser considerada tanto a idade do filho mais velho, como as características do sistema familiar, de forma a que o processo de avaliação seja o mais ajustado possível à especificidade da família.

Contudo, para a sistematização das categorias sentimos necessidade de leituras reflexivas baseadas em diversos autores no âmbito da saúde infantil, adolescência e saúde materna (Opperman & Cassandra, 2001; Amaral & Paixão, 2002; Bobak, Lowdermilk & Deitra, 1999; Bee, 1997; Gammer & Cabié, 1999; Deans, 2007; Whaley & Wong, 1999; Lowdermilk, Perry & Bobak, 2002; Soares, 2000), e, ainda as orientações da DGS referentes à saúde oral (DGS, 2008), Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2005) e Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005), além dos autores integrados na discussão desde o processo formativo e referenciados ao longo do Capítulo 2.

Estas leituras contribuíram para a reflexão sobre as práticas, permitindo a integração e confrontação entre o que se faz, o que se poderia fazer e como sistematizar para concretizar o que se deveria e se torna possível fazer.

O conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes e a aprendizagem de habilidades referente à mesma técnica é específico da segunda etapa, tal como o conhecimento sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência caracteriza-se como item específico da família com filhos adolescentes.

Relativamente à segunda etapa e, tal como apresentado no MDAIF (Anexo 6), as categorias avaliativas no âmbito do conhecimento dos pais, foram subdivididas por se considerar que a informação necessária relativa aos cuidados parentais ao recém-nascido é muito diferenciada da referente à fase posterior, ainda que, na mesma etapa do ciclo vital. Por isso surgem categorias mais especificas e direccionadas para os cuidados ao recém-nascido.

Das categorias integradas na dimensão conhecimento, salientamos então a sua tranversalidade e simultaneamente a sua especificidade no contexto de cada etapa.

Como exemplo, o conhecimento das regras estruturantes, que, relacionado com a hierarquização sistémica, determina a regulação do poder e imposição de regras de acordo com a etapa em que a família se encontra, sendo contudo importante que se

mantenha esta estruturação ao longo do desenvolvimento familiar. Ou seja, a flexibilidade é necessária para a manutenção de uma comunicação positiva, mas a diferenciação é crucial para a criação de um contexto de segurança, que permita o desenvolvimento da autonomia da criança/adolescente e simultaneamente a manutenção do apoio e das funções afectivas. Se na adolescência, os pais não se devem destituir das suas funções parentais, é necessário flexibilizar a regulação da autoridade, de forma a possibilitar a autonomização do par parental/conjugal em relação ao filho e simultaneamente manter regras claras que não se confundam com atitudes repressivas face ao adolescente. Ainda no caso da família com filhos adolescentes, na avaliação do conhecimento dos pais sobre o estabelecimento de regras estruturantes, consideramos importante que estes verbalizem a importância de proporcionar a privacidade do adolescente, deste possuir as chaves de casa, participar em algumas tomadas de decisões familiares e, que o sistema de regras seja flexível em relação ao adolescente, apesar da importância deste manter um horário fixo para entrar e sair de casa.

Embora tenham sido discutidas todas as categorias do MDAIF, na tentativa da consensualização sobre o conteúdo das mesmas, não foi intenção integrar no modelo estes indicadores. Contudo a discussão profícua sobre os mesmos permitiu a consolidação das categorias, pelo reconhecimento da sua importância enquanto dados avaliativos caracterizadores da família e denunciativos de necessidades, face às áreas de atenção consideradas relevantes e mais frequentes. Contudo, pela unicidade do sistema familiar que integra um sistema de valores próprio e que se contextualiza numa realidade cultural, também ela com valores e crenças próprias, decidimos englobar as categorias avaliativas pela sua importância na actividade diagnóstica, mas reconhecemos que ao enfermeiro cabe a tomada de decisão relativamente ao conteúdo e estratégia de abordagem das mesmas, ao considerar a unidade familiar como um todo e enfatizar a sua singularidade.

Ainda sobre as categorias da dimensão conhecimento do papel e, no que se refere à última etapa do ciclo vital (família com filhos adultos), caracterizada, entre outros aspectos, pela redefinição das relações com os filhos que, estão eles próprios a construir o seu próprio modelo familiar, optamos por uma única categoria referente ao conhecimento sobre as tarefas desta nova fase da vida familiar.

No que se refere à dimensão comportamentos de adesão, o quadro seguinte (Quadro 13), pretende elucidar sobre as categorias avaliativas referentes às etapas do ciclo vital família com filhos pequenos, família com filhos na escola e família com filhos adolescentes.

Quadro 13 – Categorias avaliativas da dimensão comportamentos de adesão - papel parental, segundo a etapa do ciclo vital

Etapas do ciclo vital – Categorias avaliativas	**II**	**III**	**IV**
Os pais proporcionam a realização de consultas de vigilância	X	X	X
Os pais fomentam a adesão à vacinação	X	X	X
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança/adolescente	X	X	X
Os pais promovem uma higiene adequada à criança	X	X	
Os pais promovem um padrão de exercício adequado à criança	X	X	
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado à criança/adolescente	X	X	X
Os pais promovem a socialização/ autonomia da criança/adolescente	X	X	X
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança/ adolescente	X	X	X
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	X	X	X
Os pais interagem positivamente com a criança/adolescente	X	X	X
Os pais promovem a interacção entre o adolescente e o grupo de amigos			X
A família respeita a privacidade do adolescente			X
Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida			X
O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião			X
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente			X

Em congruência com a dimensão anterior, estas categorias pretendem representar o conjunto de aspectos a valorizar na avaliação familiar, no que se refere às acções tomadas pelos pais que possam traduzir a incorporação plena da parentalidade, através da identidade do papel, que se manifesta pela confiança e competência no desempenho do mesmo. Tal como no conhecimento, a maioria das categorias são comuns às três etapas. Procuramos especificar alguns aspectos específicos que caracterizam a família com filhos adolescentes que consideramos traduzirem as acções parentais conducentes ao desenvolvimento da autonomia e socialização do adolescente e, simultaneamente lhe permitam percepcionar a família como um espaço de continuidade afectiva. Retomando o exemplo anterior, relativo a esta mesma etapa e, referindo-nos à categoria "os pais promovem a socialização/ autonomia do adolescente", salientamos alguns itens que emergiram das discussões reflexivas, no sentido da sistematização e especificação da mesma categoria: os pais incentivam actividades colectivas (ex: desportos colectivos); os pais incentivam o convívio com o grupo de pares; os pais incentivam a resolução dos seus próprios assuntos. Estes dados, associados a outros considerados pertinentes face à especificidade do sistema, permitem, com a família, identificar a sua resposta face às necessidades do adolescente, relativamente aos limites, à estimulação da socialização w promoção da sua independência e individualização, entre outros aspectos.

Da mesma forma as categorias que se reportam exclusivamente a esta etapa (os pais promovem a interacção entre o adolescente e o grupo de amigos; a família respeita a privacidade do adolescente; os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida;

o adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião; a família aceita o padrão de comportamento social do adolescente), pretendem avaliar o reconhecimento dado pelos pais às mudanças ocorridas no filho e, a sua adaptação ás mesmas, através de comportamentos de respeito à sua individualidade e ao seu processo de crescimento identitário.

Relativamente à etapa da família com filhos adultos, face às tarefas experienciadas pela maioria das famílias, o modelo íntegra as seguintes categorias:

- Redefinição das relações com o (s) filho (s): relação adulto – adulto;
- Inclusão na família os parentes por afinidade e netos;
- Satisfação com o contacto mantido;
- Satisfação com a relação mantida com o filho (s).

Outra das dimensões do papel parental é a "adaptação da família à escola". Refere-se exclusivamente à etapa da família com filhos na escola, pela necessidade de reajustamento do sistema face à autonomia da criança decorrente da sua entrada no 1º ciclo e, pela inerente transferência e expansão das normas relacionais. A adaptação, como "*disposição para gerir novas situações e desafios*" (ICN, 2002b:50) é, neste contexto, direccionada à reorganização funcional da família aos novos horários e à criação de espaço individualizado para estudar; a participação dos pais nas actividades de estudo da criança e actividades escolares e, ainda, a promoção da socialização e autonomia da criança.

Por último, as dimensões associadas aos factores de tensão do papel: consenso, saturação e conflito.

O consenso relaciona-se com a aceitação dos membros da família sobre as expectativas associadas ao papel. Influenciados pelas normas e aprovações dos outros, o consenso exprime-se pelas expectativas positivas associadas ao desempenho do mesmo. Neste contexto a negociação sobre a divisão das tarefas parentais, a concordância sobre as expectativas ligadas ao papel parental, a oportunidade de expressarem sentimentos face ao desempenho do papel e, ainda o envolvimento dos pais no exercício do mesmo, são alguns dos itens considerados para a avaliação desta categoria.

Quando as expectativas ligadas ao desempenho dos papéis ou de um papel são incompatíveis, muitas vezes pela sobrecarga de papéis familiares, o conflito de papel pode originar tensão no exercício do mesmo pelas dificuldades na conciliação quer dos vários papéis familiares, quer das tarefas necessárias à consecução do mesmo. Importa assim direccionar as questões para a identificação de sobrecarga de tarefas e papeis atribuídas a cada elemento do sub-sistema parental, a conciliação da conjugalidade com a parentalidade e, ainda, o apoio da família alargada ou de outros sistemas amplos nos cuidados parentais.

Quando o membro da família ou os membros que desempenham o papel, não têm recursos de tempo ou energia para desempenhar eficazmente as tarefas inerentes ao mesmo, pode emergir a saturação do papel, que deverá implicar a reestruturação familiar no sentido da optimização do mesmo. Muitas vezes associado à sobrecarga física e ou emocional, a compreensão aprofundada sobre a história de desenvolvimento familiar e as expectativas individuais sobre a parentalidade, contribui para o desenvolvimento de estratégias conducentes ao desenvolvimento de mudanças no funcionamento da família que impulsionem a sua funcionalidade efectiva.

4.3.1.3 – Avaliação funcional

Alude primordialmente aos padrões de interacção familiar, que permitem o desempenho das funções e tarefas familiares a partir da complementaridade funcional que dá sustentabilidade ao sistema e, dos valores que possibilitam a concretização das suas finalidades, pelos processos co-evolutivos que permitem a continuidade.

Integrando duas dimensões elementares do funcionamento da família, a instrumental e a expressiva, a primeira reporta-se às actividades quotidianas da família, enquanto a segunda enfatiza as interacções entre os membros da família, perspectivando a identificação de necessidades nestas áreas familiares, que se interligam com as restantes e, que permitem a compreensão da família, enquanto sistema complexo e multidimensional.

Enquadramos na avaliação funcional (Figura 5) as seguintes áreas de atenção: Papel de Prestador de Cuidados que enfatiza a dimensão instrumental do funcionamento familiar e, Processo Familiar que destaca a dimensão expressiva.

Papel de Prestador de Cuidados

Assistimos nos últimos anos, a um aumento da esperança de vida, acompanhada do aumento das doenças crónicas e, de níveis elevados de dependência na realização das actividades de vida diária, o que constitui, um factor de stresse para a família, face à interdependência que a caracteriza, enquanto sistema interaccional.

Efectivamente, segundo dados do INE (2002), a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, sendo que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. O envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de 36% na população jovem e um crescimento de 140% da população idosa. Portugal apresenta resultados semelhantes aos restantes países europeus (Brito, 2002), em que a relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se num índice de envelhecimento de 114 idosos por cada 100 jovens (INE, 2002). Os idosos co-habitam, na sua maioria (62,8%), com os cônjuges, o

que evidencia um número muito elevado de famílias na última etapa do ciclo vital (INE, 2007). Daí as necessidades adjacentes aos processos de transição inerentes ao envelhecimento e à readaptação familiar a novos modelos funcionais.

O avançar da idade implica a diminuição progressiva da autonomia, maior susceptibilidade para a doença, diminuição da actividade física e mental, tendo como consequência maiores dificuldades de adaptação ao ambiente.

Assim, nesta dimensão, considerou-se essencial a identificação de compromisso ou dependência do autocuidado em algum elemento da família., definido o autocuidado como " *um tipo de acção realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida*" (ICN, 2002b:55). Discutimos também a Teoria Geral de Enfermagem de Orem (Orem, 2001), nomeadamente a teoria do autocuidado e a teoria do défice de autocuidado, possibilitando uma discussão fundamentada sobre este conceito emergindo algumas das categorias desta dimensão, co-construídas num processo dialéctico e reflexivo dos contextos da prática com as famílias.

Também porque a situação de doença e, por vezes, a consequente dependência, implica maior número de actividades para os membros da família e, a respectiva reestruturação funcional, face ao novo papel familiar que é necessário incorporar, consideramos pertinente a integração de um item alusivo à dependência de um membro da família. Este item permite o entendimento sobre as estratégias adoptadas pela família para fazer frente às necessidades de um dos seus membros, resultantes das limitações nas suas tarefas e actividades quotidianas.

Neste item, integramos então a avaliação sobre a dependência relativamente aos diversos tipos de autocuidado descritos pelo ICN (2002b): vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-repouso, actividade de lazer, actividade física. Ainda, por considerarmos que o autocuidado abrange todo o conjunto de acções desenvolvidas pelos indivíduos que visam a manutenção da vida e a saúde, o conhecimento sobre a dependência relativa às acções auto-iniciadas no âmbito da gestão do regime terapêutico, da autovigilância e da auto-administração de medicamentos, permitindo uma avaliação mais globalizante, tanto das necessidades do membro da família que apresenta deficit de autocuidado, quanto da família, enquanto unidade dinâmica e funcional.

Sendo que na maioria dos casos é a família que se torna o agente do autocuidado, pela maior ou menor consensualização sobre a forma como dará resposta a esta necessidade e, porque nos debruçamos essencialmente nas questões funcionais da família, enquanto sistema, a identificação da pessoa que é responsável pela prestação de cuidados é um dado essencial no contexto da avaliação familiar.

A prestação de cuidados sendo um processo interaccional implica a reestruturação da família, cuja identificação de dificuldades no desempenho desta função impulsionará o desenvolvimento de estratégias de comunicação para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes. A avaliação é sempre processual e integrativa seja qual for a área de atenção focalizada. Nesta dimensão, pretende-se essencialmente uma avaliação que interligue a família, o membro prestador de cuidados e a pessoa que é cuidada, considerando a estrutura familiar, o seu desenvolvimento, as crenças e valores e, ainda, o seu padrão interaccional. Apenas desta forma é possível identificar as forças e os recursos que permitirão à família a apreensão de uma visão mais apreciativa e consequentemente a definição de estratégias conducentes à resolução dos seus problemas.

As dificuldades da família, na prestação de cuidados, relacionam-se sobretudo com a falta de conhecimento, de recursos e de suporte social. Muitas vezes, mesmo detentora de conhecimento e de capacidades que lhe permitiriam prestar os cuidados necessários, demonstra dificuldades na efectivação dos mesmos. Por razões tão diversas como a insuficiência de recursos internos ou desconhecimento de recursos externos que poderiam ser mobilizáveis. Ainda, a dificuldade na gestão da tensão dos seus membros e estratégias alternativas, que num conjunto da multiplicidade de factores possam contribuir para a manutenção de um funcionamento familiar que consiga responder às necessidades da família, como um todo e, às necessidades individuais dos seus membros.

O papel de prestador de cuidados que corresponde ao papel terapêutico definido por Hanson (2005) que inclui dar apoio na procura de cuidados de saúde e ajudar a pessoa doente no tratamento e reabilitação, foi discutido com base na definição descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2002b:63) *"[…] um tipo de interacção de papéis com as características especificas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família*".

Seguindo a mesma metodologia utilizada para a definição das dimensões relativas ao papel parental e, com base nos mesmos pressupostos relativos aos papéis familiares, o papel de prestador de cuidados, enquanto área de atenção relevante em enfermagem de família, engloba as seguintes dimensões avaliativas: conhecimento do papel; comportamentos de adesão; consenso do papel; conflito do papel e saturação do papel.

O conhecimento do papel refere-se à aprendizagem cognitiva e prática que permite ao(s) membro(s) da família prestador(es) de cuidados, desenvolver eficazmente as tarefas direccionadas ao membro com dependência no autocuidado. As categorias avaliativas desta dimensão, descritas em anexo (Anexo 6), referente ao MDAIF, especificam o que consideramos essencial ao nível do conhecimento do papel, salvaguardando as singularidades contextuais.

Os comportamentos de adesão referem-se ao desenvolvimento efectivo das tarefas de prestação de cuidados, nomeadamente:

- Estimulação da independência;
- Promoção da higiene adequada;
- Promoção do vestuário adequado;
- Promoção da ingestão nutricional adequada;
- Aquisição de equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário;
- Promoção de sono-repouso adequado;
- Promoção de actividades recreativas adequadas;
- Assistência nas actividades de autovigilância.

Para as dimensões do consenso, conflito e saturação do papel foram definidos critérios específicos de avaliação que permitem a qualificação das mesmas e que, apesar de serem centralizados no papel de prestador de cuidados, podem ser utilizados na avaliação dos diversos papéis familiares.

O quadro apresentado a seguir (Quadro 14) pretende representar, de forma sintetizada, os aspectos que julgamos essenciais validar com a família, no âmbito destas dimensões.

Quadro 14 – Categorias avaliativas das dimensões Consenso, Conflito e Saturação do Papel

Dimensões de avaliação	Categorias avaliativas
Avaliar as dimensões consensuais do exercício do papel	Os membros da família estão de acordo com as expectativas ligadas ao papel; Negociação sobre as tarefas do exercício do papel; Negociação sobre a atribuição de tarefas para o exercício do papel;
Avaliar as dimensões consensuais do exercício	Os membros da família estão de acordo com as expectativas ligadas aos papéis familiares;

dos papéis familiares	Negociação sobre as tarefas do exercício dos papéis; Aceitação dos membros sobre as expectativas familiares ligadas aos papéis atribuídos.
Avaliar as dimensões de conflito do papel	Sobrecarga de papéis familiares; Expectativas familiares não compatíveis ao desempenho do papel.
Avaliar conflitos dos papéis familiares	Sobrecarga de papéis familiares; Expectativas familiares não compatíveis ao desempenho do papel; Dificuldade da família na prioridade dos papéis.
Avaliar saturação do papel	O (s) membro (s) da família refere problemas físicos associados ao desempenho do papel; O (s) membro (s) da família refere problemas psicológicos associados ao desempenho do papel; O (s) membro (s) da família refere problemas emocionais associados ao desempenho do papel; O (s) membro (s) da família refere problemas sociais associados ao desempenho do papel; O (s) membro (s) da família refere problemas económicos associados ao desempenho do papel;

Processo Familiar

Por último os conceitos direccionados para a dimensão funcional expressiva sendo os padrões de interacção o principal foco de avaliação, considerando a família como sistema co-evolutivo, cujo padrão transaccional caracteriza a sua complexidade funcional.

Mantivemos as dimensões e respectivas categorias da primeira versão do MDAIF, cujo consenso emergiu dos espaços reflexivos que decorreram ao longo dos debates posteriores ao processo formativo. Tendo como pressupostos os conceitos sistémicos na abordagem da família, as leituras reflexivas permitiram a atribuição de significado a esta área de atenção, com base nas apreensões sobre a realidade dos cuidados centrados na família e, no que julgamos poder ser concretizável, a partir das experiências de interacção com as famílias. Essas primeiras abordagens incidiram essencialmente nas premissas explicativas e compreensivas da família, enquanto unidade interaccional, com base de diversos nos autores referenciados no Capítulo 2 (Friedman, 1998; Hanson, 2005; Vasconcellos; 2002; Dias, 2001; Wright & Leahey, 2002; Relvas, 2003; Minuchin & Fishman, 1990; Minuchin, 1990; Alarcão, 2000; Maturana & Varela, 2005; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967).

A sistematização e tradução das dimensões, teve como base a nomeação do processo familiar, como conceito central para a compreensão da dimensão funcional expressiva da família e, desta forma definido como as *"[…] interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo entre os membros da família […]"* (ICN, 2002b:77), abrangendo a complexidade inerente aos processos de circularidade, auto-organização, equifinalidade,

globalidade, entre outros caracterizadores da família, enquanto sistema autopoiético transformativo.

As dimensões avaliativas do processo familiar, como área de atenção de enfermagem de família circunscrevem-se a quatro dimensões: comunicação familiar, *coping* familiar, interacção de papéis familiares, relação dinâmica e crenças.

No seu conjunto, as dimensões, que se interligam, permitem uma compreensão aprofundada das relações e interacções entre os membros da família e, naturalmente a identificação de necessidades de mudança neste nível do funcionamento familiar.

Comunicação Familiar

Os processos de comunicação traduzem-se pelas interacções cumulativas que definem cada família como um sistema único, com fins a concretizarem, por cada um dos seus elementos e do sistema como um todo. A relação qualifica o sistema familiar, encontrando-se os seus membros num processo de comunicação constante, cuja natureza da sua expressão emocional influencia o estabelecimento de um padrão interaccional funcional.

A linguagem, verbal e não verbal, caracterizadora de qualquer comportamento, é inerente ao processo de comunicação e, determinante na forma como os indivíduos percepcionam a realidade e como a co-constroem. Da interligação entre estas componentes, com significado processual e sempre contextual, emerge a vertente digital e analógica, que permitem a avaliação dos níveis de conteúdo e relação dos episódios comunicacionais, que integram o padrão de interacção.

A circularidade do padrão relacional, que se reporta à recursividade, enquanto processo dinâmico e complexo, impulsor de transformação, constitui-se como um dos aspectos relevantes na compreensão da comunicação familiar.

Neste contexto conceptual e, conforme quadro apresentado a seguir (Quadro 15), os itens de especificação das categorias relativas à comunicação, representam os aspectos essenciais na avaliação desta dimensão, deixando em aberto, como em todas as outras dimensões do MDAIF, a possibilidade de integrar outros dados que permitam um entendimento mais aprofundado e mais ajustado à família com quem se interage.

Quadro 15 – Comunicação Familiar: Categorias avaliativas e especificação dos itens

Categorias Avaliativas	**Itens de especificação**
Comunicação Emocional	Quem na família, habitualmente, expressa mais os sentimentos; Satisfação dos membros da família sobre a forma como se expressam os sentimentos na família; Aceitação da família face ao estado emocional de cada membro da família;

	Impacto que os sentimentos de cada um têm na família.
Comunicação Verbal/Não Verbal	Todos na família são claros e directos no discurso; Cada um compreende de forma clara o que os outros dizem; Todos na família se expressam claramente quando comunicam;
Comunicação Circular	Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família; Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa.

Coping Familiar

Integramos uma única categoria nesta dimensão, a qual designamos por "Solução de Problemas" e, cujo conteúdo se reporta aos aspectos que consideramos fundamentais na avaliação do *Coping* Familiar, partindo da definição de *coping* descrita pelo ICN (2002:50): *"[…] disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra as ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico […]"* e ampliando-a para a complexidade do sistema familiar, enquanto unidade de avaliação e compreensão.

Com base numa visão apreciativa da família como unidade potencializadora do sucesso, as crises são perspectivadas como oportunidades de mudança, o que possibilita a evolução para um novo nível de funcionamento, mais diferenciado e complexo.

A capacidade na gestão das estratégias de solução de problemas permitirá que o sistema familiar possa evoluir positivamente na sua trajectória evolutiva, co-construindo cada família as suas próprias estratégias de *coping*.

Neste contexto, torna-se fundamental avaliar como a família tem resolvido os seus problemas no seu percurso de desenvolvimento, se há membros mais activos na sua resolução, a participação de todos na resolução dos mesmos e o que permite a identificação de elementos de emaranhamento ou desagregamento do processo que podem estar associados a dificuldades na solução de problemas.

Desta forma, consideramos como elementos centrais na avaliação integrativa desta dimensão, os seguintes itens:

- Quem na família identifica habitualmente os problemas;
- Quem tem a iniciativa para os resolver;
- Existe discussão sobre os problemas nas famílias;

- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas;
- A família utiliza recursos externos na resolução de problemas;
- Experiências anteriores positivas na resolução de problemas.

A capacidade da família na resolução de problemas anteriores e as experiências de sucesso são factores que condicionam o sistema na tomada de decisão sobre os problemas actuais, sendo também importante identificar com a família os seus padrões de solução de problemas.

O padrão de comunicação e os padrões de solução de problemas interferem na forma como são atribuídos os papéis familiares e o seu desempenho.

Interacção de Papéis Familiares

No debate sobre os papéis familiares e considerando essencialmente os descritos por Hanson (2005), associando aos definidos pelo ICNP/CIPE® (ICN, 2002b), foi considerada a relação complementar entre a dimensão funcional e expressiva, essencialmente no que se refere ao desempenho dos papéis. Emergiram designações para os papéis familiares, que ultrapassam as descrições dos autores que serviram de base para iniciar a discussão sobre esta dimensão do processo familiar.

Além do papel parental e papel de prestador de cuidados, já referenciados anteriormente e integrados, respectivamente, na dimensão de desenvolvimento e dimensão funcional instrumental, consideraram-se os papéis familiares que maior impacto tem na interacção, nas funções e na estrutura do sistema familiar:

- Papel de provedor, relacionado com a entrada de bens financeiros;
- Papel de gestão financeira, integrando as tarefas associadas à administração da economia doméstica;
- Papel de cuidado doméstico, associado ao desempenho e responsabilidades domésticas como lavar a louça, passar a ferro, arrumar a casa, cuidar da roupa, cozinhar e, ainda ir às compras;
- Papel recreativo, relacionado com a iniciativa de actividades lúdicas, tempos livres e estimulação da família em participar em actividades recreativas conjuntas;
- Papel de parente, caracterizado pela manutenção do contacto com a restante família e amigos, permitindo a consolidação de laços familiares.

O padrão de interacção familiar também se expressa na organização dos papéis familiares e na interligação funcional dos mesmos, como "*um conjunto explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperados pelos outros*" (ICN, 2002b:63), que incluí a dimensão da circularidade relacional.

Integramos nesta dimensão a avaliação do consenso, conflito e saturação dos papeis, após a identificação do(s) membro(s) da família que desempenham cada um dos deles.

Relação Dinâmica

A avaliação da Relação Dinâmica, área de atenção de enfermagem associada á liberdade de expressar emoções, afeição aberta entre as pessoas e flexibilidade interaccional (ICN, 2002b) contribui para o conhecimento aprofundado de aspectos específicos do contexto familiar, direccionados para a identificação das suas forças e dos seus recursos.

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe, permitindo a identificação de eventos familiares geradores de stresse, possibilita, não só encontrar uma relação entre os níveis de stress decorrentes de transições familiares e a probabilidade de surgirem doenças psicossomáticas num ou em vários membros da família, como identificar os tipos e os padrões de transição ocorridos recentemente. Consideramos que, a aplicação desta escala no contexto do processo familiar, permite um entendimento globalizante, face às restantes dimensões familiares. A Relação Dinâmica, como dimensão interaccional, no domínio do Processo Familiar, integra as seguintes categorias: influência e poder; alianças e uniões; coesão e adaptabilidade da família e funcionalidade da família (percepção dos membros).

A influência instrumental e a influência psicológica são componentes da vida familiar que muitas vezes determinam a forma como se expressam as emoções e, que caracterizam o padrão comportamental dos seus membros. O exercício do poder é um processo dinâmico e multidimensional, muitas vezes centrado no membro da família que tem mais experiência e influencia as decisões. Questões associadas ao sistema de valores da família determinam o exercício do poder e que passa pela legitimidade dessa posição, no sentido de motivar ao consenso. Consideramos essencial conhecer quem na família é percepcionado como o elemento detentor de maior poder, a satisfação da família face à influência desse membro nos comportamentos dos outros, assim como a influência de cada um nesses mesmos comportamentos.

Considerando que a maioria dos relacionamentos familiares envolve mais do que duas pessoas, é importante que seja avaliado a existência de triangulação relacional e o impacto desta triangulação nos processos de interacção familiar. O equilíbrio e a intensidade dos relacionamentos contribuem para o desenvolvimento pessoal dos indivíduos e para o crescimento e bem-estar da família, enquanto unidade interaccional. Neste contexto a satisfação dos membros da família face á forma como esta manifesta a sua união pode ser premonitório de uma visão mais ou menos apreciativa do padrão de

interacção e, constituírem-se as alianças ou como forças da família ou como áreas intra sistémicas geradoras de stresse.

Para complementar a avaliação familiar, ainda no âmbito da relação dinâmica, integramos a Escala FACES II e o APGAR Familiar de Smilkstein, como instrumentos de avaliação familiar que auxiliam na compreensão de aspectos fundamentais do funcionamento familiar, respectivamente, a coesão e adaptabilidade da família e a percepção dos seus membros sobre a funcionalidade da mesma.

Sobre o FACES II, optamos por integrar a versão portuguesa de Otília Fernandes (Fernandes, 1995), por ser considerada pela mesma autora, ajustada ao contexto clínico e, de fácil aplicação.

Salientamos que a avaliação destas áreas familiares, permitem obter dados essenciais para a compreensão dos limites entre os sub-sistemas existentes, incluindo a existência de coligações que evidenciem conflitos entre os membros da família. Pois a clareza das regras familiares, a adaptação dos papéis familiares a mudanças previsíveis ou imprevisíveis, a percepção de cada membro sobre o apoio e preocupação da família relativamente às suas preocupações e sentimentos, a forma como manifestam a sua identidade autónoma, são, entre outros indicadores, dados que, emergindo da inter-penetrabilidade das categorias avaliativas possibilitam, de uma forma integrativa, a avaliação dos limites, enquanto regras de diferenciação e autonomização dos susbsistemas.

Crenças

As crenças referem-se a valores integrados pelas famílias que influenciam a tomada de decisão relativamente á solução de problemas e aos comportamentos de saúde. Sistema relacional inserido e articulado em diversos contextos, agrega um sistema de valores, conhecimentos e práticas, num espaço relevante de socialização e humanização.

Numa visão apreciativa do sistema de crenças da família, este permite atribuir um significado positivo à adversidade, pela percepção da crise como um desafio e oportunidade de mudança. Ou seja, as crenças promotoras de mudança e facilitadoras do funcionamento familiar efectivo.

Contudo, podem também ser dificultadoras dessas mesmas mudanças, diminuindo as opções para a solução dos problemas.

É o sistema de crenças familiar que define a identidade da família, pois incluem questões a respeito de funções, relações, e valores que regulam a interacção. Contribuem para o equilíbrio dinâmico do sistema familiar como mecanismos que apoiam a estabilidade em harmonização com as forças que impelem para a mudança.

As crenças familiares emergem, desta forma, como uma dimensão do processo familiar pela sua importância como elementos fundamentais na co-construção de realidades, possibilitando a co-evolução das mesmas, através da criação de contextos transformativos. Considerada como dimensão relevante, a sua integração no MDAIF remeter nos para um entendimento mais aprofundado do sistema familiar, a partir das suas crenças e, possibilitando uma intervenção processual mais ajustada e contextualizada à unicidade do mesmo.

Neste sentido, englobamos nesta dimensão um conjunto de categorias de crenças, consensualizadas como as de maior impacto nos padrões transaccionais da família e que se reportam às motivações, percepções e atitudes relativas aos comportamentos de saúde, aos valores e objectivos de vida e ainda às significações atribuídas à cultura como elemento regulador de comportamentos.

Estas categorias são alicerçadas na definição do ICN (2002:53) relativamente ao conceito de crença como *"[…] disposições para reter e abandonar acções tendo em conta as próprias opiniões"*, agregando os diferentes tipos de crença descritos na mesma classificação:

- Crença de Saúde, que se reporta às convicções que influenciam os comportamentos de saúde e que afectam o estado de saúde da família e dos seus membros. Conforme referenciado por Wright, Watson & Bell (1996), englobamos nesta categoria crenças sobre etiologia da doença, diagnóstico, cura, tratamento, gravidade e papel dos membros da família. Ainda os custos envolvidos na realização de comportamentos de saúde e os benefícios para a unidade familiar e para cada um dos seus membros. Os comportamentos de manutenção da saúde, convicções de que algo não permite que os membros da família sejam saudáveis, os receios associados à saúde, são outros indicadores que possibilitam a compreensão das crenças de saúde da família, de acordo com o seu contexto, historicidade e etapa do ciclo vital.
- Crença Religiosa**,** que de acordo com o ICNP/CIPE® (ICN, 2002b:53) refere-se à *"[…] convicção e disposição pessoal para reter e abandonar acções tendo em conta a opinião e princípios religiosos, fé religiosa que impregna, integra e transcende a natureza biológica e psicossocial de cada um.".* Na família, a religião, associada aos dogmas dos cultos e da fé, pode constituir-se como recurso facilitador das mudanças decorrentes das transições normativas ou acidentais, regulando a tomada de decisão para a resolução das crises. Ainda como meio de aproximação da família à comunidade e aos seus valores.
- Crença Espiritual, como os princípios que ultrapassam a natureza biológica e que influenciam os rituais da família, determinando o ser em família e o ser com os

outros. Ou seja princípios relacionados com a procura de um sentido de vida para a continuidade da família, enquanto propósito comum. Integra a esperança, as experiências de vida, entre outras dimensões espirituais, que orientam a vivência transformativa de ser em família e que estão na base das suas escolhas e acções.

- Crença em Valores, segundo o ICN (2002:53) refere-se *"[…] às disposições para reter e abandonar acções tendo em conta as opiniões próprias sobre o que é bom e o que é mau".* Os valores integram premissas orientadoras do padrão funcional da família, que podem tanto estar direccionadas às questões associadas ao exercício do poder, como às expectativas associadas aos papéis familiares. Ou seja, afectam o comportamento através de normas, as quais especificam uma gama aceitável de respostas a situações específicas, determinando o modo como a família se organiza para concretizar as suas finalidades.
- Crença Cultural, que em interdependência com os tipos de crença descritos, se reporta às convicções que emergem como resultado da interacção com as particularidades do contexto ambiental, com um sistema de crenças singular. Conforme referido por Kleinman (1989 cit.por Hanson, 2005) as culturas fornecem modelos interpretativos de saúde e doença. As crenças culturais são os valores amplamente difundidos sobre o que é desejável, seja relativamente aos processos de saúde/doença, seja no estabelecimento de padrões familiares que visem a aceitação dos valores sociais pelos seus membros. É nesta avaliação contextual da família, que se evidenciam as particularidades do seu sistema de crenças que a caracterizam como um sistema aberto que transforma e se transforma.
- Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde, que integram as motivações, percepções e expectativas da família sobre a contribuição dos mesmos para a promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar ou ainda, na adaptação da família à entrada destes na dinâmica funcional da família.

4.3.2 – Intervenção Familiar: dos diagnósticos de enfermagem de família à avaliação de resultados

Decorrente da análise dos dados obtidos na interacção com as famílias e face à complexidade, intersubjectividade e contextualidade das mesmas, os diagnósticos correspondem às necessidades ou problemas da família. Estes são enunciados com base nos critérios definidos, mas essencialmente no que a família considera ser problema

para si. Reforçamos assim que o julgamento clínico do enfermeiro sobre as áreas de atenção familiares deve enfatizar a multidimensionalidade do sistema familiar e, simultaneamente a sua singularidade, fazendo emergir não apenas as necessidades mas também as suas forças, como recursos essenciais para a capacitação funcional da família.

Assim, os diagnósticos que integram este modelo, designados por diagnósticos familiares, surgem da discussão sistemática sobre os princípios adjacentes à segunda etapa do processo de enfermagem familiar, conforme categorização de Hanson (2005), assim como nos pressupostos inerentes aos cuidados de enfermagem de família, mencionados ao longo do Capítulo 2, nomeadamente na reflexão relativa ao seu enquadramento microssistémico.

Para o estabelecimento dos enunciados diagnósticos utilizamos ainda os termos descritos pelo ICNP/CIPE® (ICN, 2002b:xv), referentes ao eixo do Juízo, como "*opinião clínica, estimativa ou determinação da prática sobre o estado de um fenómeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau de manifestação do fenómeno de enfermagem*".

Sentimos necessidade de estabelecer critérios que permitam, face à informação obtida e discutida com a família, ajuizar sobre cada uma das áreas de atenção, considerando a tomada de decisão relativa a cada uma das suas dimensões, e à globalidade das mesmas no contexto da avaliação familiar. O anexo referente ao MDAIF (Anexo 6) descrimina os critérios definidos para cada uma das áreas de atenção, que servem de base à estruturação diagnóstica e que permitem a enunciação de diagnósticos e de subconjuntos diagnósticos. Com a formulação dos enunciados diagnósticos familiares pretende-se uma estrutura conceptual dinâmica e operativa. Pretendemos com o quadro apresentado a seguir (Quadro 16) evidenciar os diagnósticos e subconjuntos diagnósticos que requerem a implementação de intervenções no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, no contexto de cada dimensão familiar.

A identificação colaborativa das necessidades da família e, a subsequente enunciação dos diagnósticos constitui-se como elemento organizador do processo de cuidados com as famílias, contextualizando essas mesmas necessidades num tempo próprio e num domínio especifico da vida familiar. Por isso a importância da concepção da família enquanto unidade sistémica, permitindo integrar os diagnósticos como problemas, mas enquadrados num sistema detentor de forças e recursos para a resolução dos mesmos.

Face aos diagnósticos validados com a família, o planeamento das intervenções conducentes à mudança, deve considerar primordialmente as forças da família, no sentido de que a mudança seja percepcionada como viável e assim obter o comprometimento da família com o plano.

Quadro 16 – Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos por dimensão familiar

Dimensão Familiar	Diagnósticos e subconjuntos diagnósticos
Estrutural	- Rendimento familiar insuficiente - Edifico residencial Não Seguro/Negligenciado - Precaução de Segurança Não Demonstrada - Abastecimento de Água Não Adequado - Animal Doméstico Negligenciado
Desenvolvimento	- Satisfação Conjugal Não Mantida Relação Dinâmica do casal Disfuncional Comunicação do Casal Ineficaz Interacção Sexual Não Adequada Função Sexual Comprometida
	- Planeamento Familiar Ineficaz Uso de contraceptivo Não Adequado Conhecimento sobre Vigilância Pré-concepcional Não Demonstrado Conhecimento sobre Reprodução Não Demonstrados Fertilidade Comprometida
	-Adaptação à Gravidez Não Adequada Conhecimento Não Demonstrado Comunicação Ineficaz Comportamentos de Adesão Não Demonstrados
	- Papel Parental Não Adequado Conhecimento do Papel Não Demonstrado Comportamentos de Adesão Não Demonstrados Adaptação da Família à Escola Ineficaz Consenso do Papel Não; Conflitos do Papel ; Saturação do Papel
Funcional	- Papel de Prestador de Cuidados Não Adequado Conhecimento do Papel Não Demonstrado Comportamentos de Adesão Não Demonstrados Consenso do Papel Não; Conflitos do Papel; Saturação do Papel
	- Processo Familiar Disfuncional Comunicação Familiar Ineficaz *Coping* Familiar Ineficaz Interacção de Papéis Ineficaz Relação Dinâmica Disfuncional

Consideramos que as intervenções se reportam ao processo dinâmico pelo qual o sistema terapêutico enfermeiro e família concretizam as mudanças planeadas face aos resultados esperados, que representam a antevidência do futuro concretizável. Concordamos com os princípios referidos pelos diversos autores mencionados no Capítulo 2, quanto às intervenções como elementos promotores da capacitação da família na resolução dos seus problemas e que, desenvolvidas num contexto relacional, integram as respostas afectivas, cognitivas e comportamentais do sistema terapêutico, em que a mudança é determinada pela coerência da estrutura biopsicossocial do sistema

familiar (Maturana & Varela, 2005; Wright & Leahey, 2002; Hanson, 2005; Doane & Varcoe, 2006; Wright, Watson & Bell, 1996).

Tal como no modelo de avaliação integrado no MDAIF, tentamos traduzir o enunciado das intervenções utilizando os termos descritos na ICNP/CIPE® (ICN, 2002b) relativamente ao termo do eixo das acções, conforme indicações da OE (2002), no sentido de que se possam posteriormente definir indicadores que permitam tornar visível os ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem centrados na família como unidade de cuidados.

Com base nas intervenções definidas no MCIF (Wright & Leahey, 2002) que interligam os três domínios de funcionamento familiar e as acções descritas pelo ICN (2002a) que pretendem, a partir da sua concretização, produzir resultados em resposta a diagnósticos identificados, propomos intervenções direccionadas para necessidades identificadas nas áreas de atenção familiar relevantes em enfermagem de família. Os enunciados descritos apresentados em anexo (Anexo 6) não pretendem ser apenas uma enumeração de intervenções, mas antes uma estrutura conceptual que permita ajustar as intervenções às necessidades da família, considerando a complexidade dos processos familiares inerente ao seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento.

O desenvolvimento desta etapa no contexto do processo terapêutico centra-se numa abordagem colaborativa, de concretização de mudança face aos objectivos negociados e perspectivados para a maximização do potencial de saúde familiar. Desta forma, constituindo-se as intervenções descritas como estrutura de ajuste entre os protagonistas do processo (família e enfermeiro), com a finalidade de promover, manter ou restaurar a saúde familiar, adoptamos como processo de concretização das mesmas, os princípios de circularidade, neutralidade e hipotetização (Cecchin, 1987; Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980), pela adequação à dimensão clínica da enfermagem de família, referenciada por vários autores (Duhamel, 1995; Wright & Leahey 2002; Friedman, 1998).

Ressaltamos a importância da utilização das perguntas de intervenção, como questões que geram mudanças e que, integradas no contexto das intervenções propostas, possibilitam mudanças concretas no funcionamento familiar. Compete ao enfermeiro, face aos objectivos definidos com a família, tendo em conta as suas fragilidades e forças, determinar as situações em que se torna mais adequado a utilização das perguntas de intervenção, englobando-as num contexto de intencionalidade.

Porque as famílias movem-se através de períodos de transição, a mudança num dos níveis de funcionamento implica habitualmente uma mudança global a nível dos padrões familiares

A avaliação dos resultados deverá ser um processo contínuo fundamentado nos objectivos estabelecidos e critérios anteriormente identificados para a formulação de

diagnósticos. O resultado traduz-se pelas mudanças ocorridas no funcionamento familiar, considerando a dimensão cognitiva, afectiva e comportamental que implica novas histórias, novas relações e novos comportamentos.

CAPITULO 5

A AVALIAÇÃO DO IMPACTE DA MUDANÇA: representações, discursos e documentação

Este capítulo reporta-se à avaliação do impacte do ciclo de mudança desenvolvido no percurso da investigação, pretendendo comparar as representações dos enfermeiros, os seus discursos face às práticas e a informação documentada pelos mesmos, no âmbito dos cuidados de enfermagem centrados na família, enquanto alvo e contexto de intervenção

A co-construção do modelo de cuidados de enfermagem à família, após o processo formativo, levou à definição de padrões de documentação que foram integrados no SAPE, possibilitando a documentação a partir de um novo paradigma de cuidados à família.

Partimos dos objectivos da primeira fase do ciclo da investigação, nomeadamente os definidos para a análise dos modelos em uso:

- Identificar os elementos das representações dos enfermeiros sobre família, saúde familiar, enfermagem de família, equipa de prestação de cuidados à família e papel do enfermeiro na prestação de cuidados à família;
- Identificar os tipos de famílias sujeitas à intervenção dos enfermeiros;
- Analisar as estratégias utilizadas para identificar as necessidades de cuidados;
- Identificar os focos de atenção utilizados na avaliação familiar;
- Identificar os focos de atenção utilizados nos enunciados diagnósticos;
- Identificar as Intervenções dirigidas à família;
- Analisar as estratégias de avaliação de resultados;
- Identificar as áreas prioritárias de intervenção familiar;
- Analisar a percepção dos enfermeiros sobre os obstáculos à prática da enfermagem de família;
- Analisar os modelos conceptuais da prática de cuidados à família.

Neste enquadramento julgamos ainda poder avaliar de que forma o MDAIF assegura a incorporação de referenciais sistémicos que possibilite a aproximação entre os pressupostos da enfermagem de família e as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros.

5.1 – Características da População

Todos os elementos da equipa de enfermagem participaram nas etapas de planeamento e implementação das mudanças.

A equipa de enfermagem, constituída no ano 2005 por vinte e quatro enfermeiros foi alargada para vinte e sete. Das vinte equipas de saúde familiar existentes passou-se para vinte e duas, existindo actualmente vinte e dois enfermeiros de família.

Existem ainda a Equipa de Promoção e Protecção da Saúde e de Saúde Escolar, onde se integra um enfermeiro, que desenvolve projectos de intervenção de acordo com as prioridades definidas em cada ano, a Equipa do projecto ADI e Apoio da Ajudante de Saúde, onde também se integra uma enfermeira. Além dos enfermeiros que integram a coordenação destes projectos, mantém-se um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados de enfermagem aos utentes sem médico de família, enfermeira responsável pela gestão dos cuidados e enfermeira responsável pela optimização e parametrização do SAPE.

Relativamente à mobilidade da equipa de enfermagem, no decorrer dos três anos, verificou-se a saída do enfermeiro chefe, a aposentação de uma enfermeira, transferência de três enfermeiros para outros serviços da ULSM. Integraram a equipa sete enfermeiros por períodos de integração temporária em substituição dos enfermeiros da instituição da sua ausência sem doença ou licença de maternidade.

Consideramos pertinente realizar uma nova caracterização que possibilitasse a comparação sobre os aspectos gerais e alguns específicos, nomeadamente a descrição do contexto de aquisição de formação em enfermagem de família.

Os dados de caracterização foram obtidos pela aplicação do questionário, utilizado na primeira etapa do ciclo de estudos, obtendo-se as respostas de vinte e três enfermeiros.

A distribuição da idade mantém o mesmo padrão assimétrico, com um aumento da média de idade de 27,95 anos para 31,43 que julgamos corresponder à diferença dos três anos que decorreram entre a primeira e a segunda avaliação. A idade mínima é de 23 e a máxima de 49 anos, sendo a mediana de 29, mantendo-se a predominância de idades mais jovens.

Dos enfermeiros que integraram a equipa no decorrer da investigação, um é do sexo masculino, aumentando assim o valor percentual do sexo masculino, diminuindo o valor percentual dos enfermeiros do sexo feminino para 86,96%.

Sobre o grau académico, constata-se a diminuição do número de enfermeiros com bacharelato, de três para dois, devendo-se à aposentação de um dos elementos. A maioria dos enfermeiros (91,30%) frequentou instituições de ensino da área metropolitana do Porto, no seu percurso formativo.

No decorrer da investigação alguns dos enfermeiros iniciaram e ou concluíram um curso de pós-licenciatura em enfermagem, além de três elementos que integraram a equipa após 2005 terem a categoria de enfermeiro especialista. Com a progressão dos anos de serviço, também alguns enfermeiros obtiveram a categoria de enfermeiro graduado, alterando-se o perfil das categorias para: Enfermeiro (11); Enfermeiro graduado (8) e Enfermeiro especialista (4).

Mantém-se assimétrica a distribuição do tempo de serviço, com tempo médio de 8,21 anos e mediana de 6. Com o mesmo padrão, o tempo de serviço em CSP, apresentando uma média de 5,21 anos, mantendo-se a mediana de 3 anos. Estes valores, semelhantes à variação da idade, sugere-nos que apesar da mobilidade mantêm-se as características centrais sócio-demográficas da equipa, traduzindo predominância de idades mais jovens e consequentemente o reduzido tempo de serviço na profissão.

Relativamente à forma de aquisição de formação em Enfermagem de Família, os enfermeiros que referem a formação contínua traduzem 86,96% do total, correspondendo a 20 dos 23 enfermeiros. Salienta-se que em 2005, apenas 54,55% dos enfermeiros referiam a formação contínua como meio de aquisição de formação nesta área. Estes dados sugerem-nos que dos enfermeiros da equipa, três integraram a mesma após a etapa do processo formativo e co-construção do modelo de cuidados de enfermagem, visto todos terem participado nas etapas de mudança.

Também o valor percentual dos enfermeiros que referem ter adquirido formação nesta área, no seu contexto académico, aumentou, de 36,36%, em 2005, para 43,48%.

5.2 – Procedimentos na Recolha de Dados

Para procedermos à avaliação da mudança nas representações dos enfermeiros, nos seus discursos face às práticas e na informação documentada, recorremos aos instrumentos de colheita de dados utilizados para a identificação dos problemas, descritos no sub-capítulo 3.2. (Modelos em Uso: representações, descrições e documentação dos cuidados), no item referente aos procedimentos na recolha de dados.

Utilizamos o questionário (Anexo 2) para identificar as mudanças surgidas nas representações dos enfermeiros e na descrição dos cuidados, quando estes se centram na família como alvo. Os dados foram recolhidos através da auto-administração do questionário no decorrer do mês de Maio de 2008.

Para analisar o impacte na documentação de enfermagem fizemos uma nova análise dos dados registados no SAPE, reportando-nos às intervenções iniciadas com prescrição de enfermagem, resultantes dos contactos efectuados aos utentes e famílias, durante os meses de Abril e Junho de 2008.

5.3 – Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados

Consideramos os mesmos pressupostos para o tratamento e análise dos dados, descritos no sub-capítulo 3.2. (Modelos em Uso: representações, descrições e documentação dos cuidados), no item referente aos procedimentos de tratamento e análise dos dados.

A análise foi alicerçada no paradigma sistémico, no MCAF e no MCIF, que deram suporte ao percurso e consolidaram os resultados co-produzidos, complementando com os referenciais teóricos descritos no sub-capítulo supracitado.

Utilizamos a técnica de análise de conteúdo, co-existindo procedimentos dedutivos baseados nas categorias já estabelecidas na análise anterior com procedimentos indutivos que emergiram da classificação analógica e progressiva dos novos elementos encontrados nos discursos.

Na análise dos dados referentes às questões sobre os focos de atenção utilizados na avaliação familiar e as intervenções mais frequentes na prática dos cuidados à família mantivemos os critérios definidos por Silva (2001).

Escolhemos a mesma unidade de enumeração - frequência das unidades de registo - possibilitando não só a análise das ligações entre o referencial teórico, as condições contextuais da produção do discurso e as manifestações semânticas, mas também a comparação entre os dados anteriores e os actuais.

Os resultados estão apresentados em números absolutos e percentuais, na forma de tabelas.

Na análise e interpretação da informação resultantes dos cuidados de enfermagem documentados no SAPE, consideraram-se os critérios utilizados anteriormente, baseados em Silva (1991, 2001) e Sousa (2006).

Delimitamos os dados referentes às famílias dos direccionados aos indivíduos, no sentido de evidenciar as práticas centradas nas domínios familiares descritos no MDAIF e, assim, identificar mudanças na informação documentada.

O tratamento e análise dos dados foram desenvolvidos através de técnicas quantitativas (índice de frequência), após a categorização inicial. Os resultados estão apresentados em números absolutos e percentuais, na forma de tabelas.

5.4 – Resultados e Discussão das Representações dos Enfermeiros sobre Família, Saúde Familiar, Enfermagem de Família e do seu Papel na Prestação de Cuidados à Família

A análise dos dados representados no Quadro 17 permite verificar a ocorrência de duas dimensões: "Estrutura" e "Propriedades Sistémicas". Estas dimensões emergiram a partir das unidades de registo e do seu agrupamento por sub-categorias e categorias.

Quadro 17 – Representações de Família: categorização e frequência das unidades de registo

Dimensões	**Categorias**	**Sub-categorias**	**N.º**
Estrutura	Componentes	Conjunto de indivíduos	12
		Entidade auto determinada	5
		Inclui pessoas significativas	1
	Contexto	Coabitação	6
		Coabitação não necessária	2
	Vínculo	Consanguinidade ou relação legal	2
		Consanguinidade, relação legal ou afectiva	6
		Vínculo relacional	9
Propriedades sistémicas	Singularidade		2
	Interacções		4
	Interdependentes		6
	Finalidade		2
	Contexto ecossistemico		2
	Auto organização		1
	Evolução		2
Total			**62**

A primeira dimensão está organizada em torno da estrutura da família e das propriedades relacionais e de funcionamento que caracterizam os componentes que a integram. Engloba três categorias que sugerem cognições em torno dos aspectos centrais caracterizadores do conceito de família, a partir da definição dos seus componentes e dos vínculos entre os mesmos. Mantém-se a perspectiva sociológica traduzida pela sub-categoria "Conjunto de indivíduos", expressa por 52,17% dos enfermeiros, tal como a perspectiva psicológica traduzida pela sub-categoria "Vínculo relacional", expressa por 39,13% do total de enfermeiros. Aliás estas sub-categorias são as que apresentam maior número de unidades de registo no contexto da dimensão "Estrutura".

Evidenciam-se as cognições associadas à auto-determinação da família, com 5 unidades de registo. Inexistentes nos resultados referentes a 2005 e que estão, actualmente, em concordância com os conceitos actuais de família (Hanson & Boyd, 1996, Hanson 2005, Wright & Leahey, 2002).

A categoria "Contexto" integra apenas 8 unidades de registo, distribuídas pelas sub-categorias "Coabitação", como uma condição caracterizadora de família (6) e "Coabitação não necessária" (2). Mantiveram-se as cognições associadas ao contexto, numa

perspectiva não determinista da coabitação como factor caracterizante dos elementos que constituem a família (Stuart, 1991; cit. por Wright & Leahey, 2002).

A análise das unidades de registo, permitiu o estabelecimento de categorias que integramos na dimensão designada por "Propriedades Sistémicas". Salientamos que dos dados analisados em 2005 não emergiram categorias associadas á concepção sistémica da família. Nos discursos actuais, é visível a integração de atributos sistémicos na definição do conceito de família, assim como a diversidade dos discursos e a valorização da interdependência e interacção no contexto desta dimensão. A designação das categorias baseou-se nos termos utilizados pelos enfermeiros: "membros interdependentes" E23; "membros em interacção" E20, e na atribuição de significados dos discursos, alicerçada nos conceitos inerentes à TGS (Bertalanffy, 1977) e em diversos autores sistémicos (Alarcão, 2002; Andolfi & Haber, 1998; Ausloos, 2003; Baker, 2000; Dias, 2001; Friedman, 1998; Jones, 2004; Vasconcellos, 2002). A interdependência surge como a categoria com maior número de unidades de registo (6) no contexto desta dimensão, associada á globalidade caracterizada pela inter-dependência entre as partes. A interacção, condição primordial na definição de um sistema, apresenta 4 unidades de registo, surgindo da seguinte forma nos discursos dos enfermeiros: "Sistema de membros em interacção" E03; E05; E10; E23.

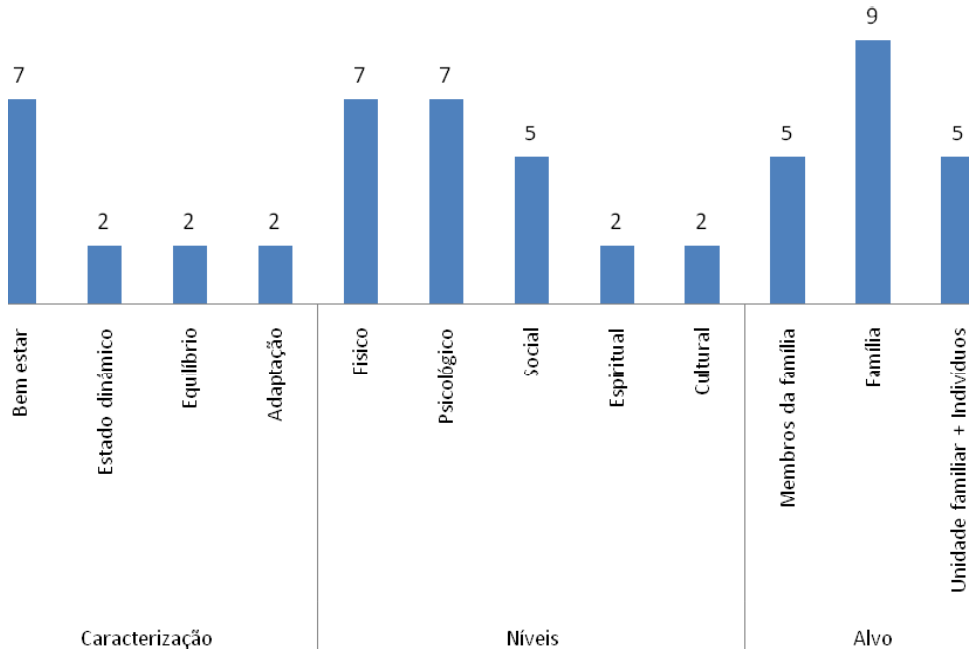
Com menor número de unidades de registo (2) surgem as categorias: "Singularidade"; "Finalidade"; "Contexto ecossistemico" e "Evolução". Ainda a categoria auto organização com apenas uma unidade de registo: *"[…] com mecanismos de adaptação específicos de cada família"* E23.

Comparando estes resultados com a análise efectuada anteriormente na fase diagnóstica da investigação (Capítulo 3), podemos constatar a evidente alteração das representações dos enfermeiros relativamente ao conceito de família. É destacada essencialmente pelo aparecimento de termos inerentes à concepção sistémica da família.

Relativamente às representações de saúde familiar, a análise dos dados representados no Gráfico 7, permitem verificar que estas se mantêm estruturadas em torno de três categorias: "Caracterização", "Níveis" e "Alvo".

A segunda categoria, "Níveis", surge com maior número de unidades de registo (23), verificando-se a presença não só das dimensões físicas, psíquicas e sociais, mas também a inclusão da dimensão cultural e espiritual, em conformidade com os factores mencionados por Hanson & Stanhope (1996).

Gráfico 7 – Representações de Saúde Familiar: categorização e frequência das unidades de registo



Considerando a frequência de unidades de registo por categoria, surge em seguida "Alvo" (19), integrando três sub-categorias que expressam as representações dos enfermeiros relativas às entidades que dão forma ao conceito: "Membros da família" (5), "Família" (9) e "Família + Indivíduos" (5). Surge esta última categoria, tomando como exemplo dos discursos dos enfermeiros: "Integra a saúde de cada membro individualmente, assim como os aspectos da saúde da unidade familiar" E22.

Considerando a mudança percepcionada nas representações sobre o conceito de família, estes resultados sugerem-nos também alterações relativas ao conceito de saúde familiar.

Confirmando estas alterações, constatamos na categoria "Caracterização", a presença da sub-categoria "Adaptação", que integra duas unidades de registo, expressas nas seguintes asserções: "capacidade da família em atingir um equilíbrio e ultrapassar as dificuldades" E16; "capacidade de adaptação" E01.

O surgimento das categorias referidas, sugere-nos que globalmente a saúde familiar não é associada dicotomicamente ao indivíduo ou à unidade familiar, integra uma perspectiva multidimensional do bem-estar, com referências ao estado dinâmico que caracteriza a saúde e os processos de adaptação.

Da análise dos discursos relativos ao conceito de enfermagem de família, conforme Quadro 18, destaca-se em primeiro lugar as cognições que associam enfermagem de família a ciência, traduzidas nas seguintes asserções: " é uma ciência" E01; E04; E13;

E21; E23 expressas por cinco enfermeiros. Apesar de podermos questionar as representações destes enfermeiros sobre o conceito de ciência no sentido de o integrarmos no paradigma tradicional ou no novo paradigma da ciência (Santos, 1999; Vasconcellos, 2002), sugere-nos representações direccionadas para a enfermagem de família como uma área específica de conhecimento, com objecto próprio.

Quadro 18 – Representações de Enfermagem de Família: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Níveis de Intervenção	Família como contexto	3
	Família como soma dos membros	5
	Família como cliente	8
	Família como componente da sociedade	1
Caracterização da intervenção	Nos três níveis de prevenção	3
	Centrada nas interacções	3
	Centrada nas forças da família	2
	Abordagem colaborativa	1
Objectivos	Saúde Familiar	4
	Capacitação do sistema familiar	2
Instrumentos teórico-metodológicos	Processo de enfermagem	2
	Instrumentos de avaliação familiar	2
	Pensamento sistémico	1
Total		**37**

Além das categorias emergentes em 2005, nomeadamente “Níveis de Intervenção”, “Caracterização da Intervenção” e “Objectivos”, surgiu na informação discursiva actual a categoria: “Instrumentos teórico-metodológicos” que se reporta aos modelos conceptuais e instrumentos de avaliação familiar. Para representar o discurso dos enfermeiros, tomamos como exemplo as seguintes unidades de registo: ”Compreende a avaliação da família, identificação dos focos onde se pode intervir, elabora um plano de cuidados e intervém” E11; “utiliza instrumentos de avaliação familiar” E15; “é fundamentada no pensamento sistémico” E22.

Sobre as restantes categorias e tomando em conjunto os resultados obtidos na fase de diagnóstico (Capítulo 3, p. 210), a categoria “Níveis de Intervenção” mantém-se com o maior número de evocações (17) no conjunto das categorias. Analisando as sub-categorias englobadas, constatamos que “Família como cliente” também se conserva com maior frequência de unidades de registo, apesar de actualmente traduzir as respostas de 34,78% dos enfermeiros, diminuindo o valor percentual anterior.

Analisando a totalidade das unidades de registo englobadas na categoria, esta sub-categoria traduz 47,05% desse total, enquanto anteriormente a mesma categoria traduzia 46,13%. Algumas das asserções evocadas pelos enfermeiros, das quais emergiu a sub-

categoria referida, são: ”cuidados prestados à família e a todos os membros” E17; “centra-se na família e nos indivíduos que a constituem” E14; “ as avaliações de indivíduos e de todo o sistema familiar ocorre de maneira simultânea” E22. A sua análise sugere-nos que quando os enfermeiros descrevem a família como cliente dos cuidados, integram no seu sistema de pensamento o sistema familiar e os sistemas individuais constituintes da família (Wright & Leahey, 1990, 1999b, 2002). Contudo para as autoras este nível corresponde à enfermagem dos sistemas familiares, que pressupõe um conjunto de competências especializadas. Julgamos que esta alteração nas asserções discursivas demarca as mudanças ocorridas nas representações dos enfermeiros relativas ao nível de abordagem.

Ainda sobre o nível de abordagem, emergiu a sub-categoria “Família como componente da sociedade”. Apesar de só conter uma unidade de registo, se considerarmos os resultados relativos às representações de família, sugere alguma incorporação cognitiva da família como sistema aberto, em interacção contínua com os sistemas amplos e vista como um grupo integrado na sociedade (Hanson, 2005).

Sobre a Caracterização da Intervenção, e considerando os resultados obtidos anteriormente (Capítulo 3, p. 210), mantêm-se as sub-categorias: “Nos três níveis de prevenção” e “Centrada nas interacções”. Surgiram, contudo as sub-categorias “Centrada nas forças da família” e “Abordagem colaborativa” que indicam representações direccionadas para a identificação e mobilização das forças da família como aspecto caracterizador da intervenção, além da perspectiva colaborativa referida por diversos autores como primordial no desenvolvimento dos cuidados com as famílias (Wright & Leahey, 2002; White, 1997; Duhamel, 1995; Whall & Fawcett, 1991). Como exemplo dos discursos: “Relação de interlocução com a família” E01; “Envolvimento da família no planeamento e execução das mudanças” E12.

Os objectivos da Enfermagem de Família surgem agora mais centrados e interrelacionados com a promoção, manutenção e restauração da Saúde Familiar, traduzidos na sub-categoria “Saúde Familiar” com 4 unidades de registo. Mantém-se no sistema de pensamento dos enfermeiros a importância da capacitação da família nos seus processos adaptativos: “com vista à autonomia e reequilíbrio do sistema familiar” E04; “promover a sua capacidade de resolução de problemas” E13.

Em síntese julgamos poder estimar efectivas mudanças a nível das representações de alguns dos enfermeiros sobre família, saúde familiar e enfermagem de família, considerando que uma das funções das representações é a transformação do que não é familiar em algo familiar, apresentando uma dimensão cognitiva de compreensão e explicação. Pela sua função de orientação dos comportamentos e práticas, as representações adquirem uma função de regulação social (Doise, Clémene, Lorenzi-

Ciadi, 1992), pois funcionam como geradores de tomada de posição, que se articulam num conjunto de relações sociais, com consequente organização dos processos simbólicos que intervêm nessas relações.

Ainda no âmbito das representações, da análise dos discursos dos enfermeiros sobre a equipa de prestação de cuidados à família emergiram quatro categorias. Pelas asserções evocadas pelos enfermeiros optamos por manter as mesmas designações para as categorias, pela similaridade dos seus conteúdos (Quadro 19): "Estrutura", "Atributos" "Objectivos" e "Coordenação".

Quadro 19 – Representações sobre a equipa de prestação de cuidados à família: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Estrutura	Descrição disciplinar dos profissionais	7
	Multidisciplinar	7
	Interdiscisplinar	3
	Transdisciplinar	2
Atributos	Interacção entre os membros da equipa	4
	Abordagem sistémica	2
	Cuidar holístico	2
	Funções diferenciadas	2
Objectivos	Promover/manter/melhorar o bem estar familiar	3
	Resolução de problemas da família	1
	Capacitar a família nos seus processos de saúde	2
	Avaliação e Intervenção Familiar	2
	Prestar cuidados à família	3
Coordenação	Enfermeiro	3
	Total	43

A primeira categoria mantém-se com maior número de unidades de registo (19). Verificamos a diminuição percentual dos enfermeiros que caracterizam a estrutura da equipa em multidisciplinar, surgindo as sub-categorias "Interdisciplinar" e "Transdisciplinar", com respectivamente 3 e 2 unidades de registo. Estes resultados sugerem cognições associadas à interacção e interdependência entre disciplinas (Vasconcellos, 2002; Japiassu, 1976) na prestação de cuidados à família. E sobre os elementos constituintes da equipa, os discursos integram uma grande diversidade de profissionais como: "enfermeiros, médicos, psicólogos e administrativos" E03, E11; além de "assistente social" E18, E20; "terapeuta familiar" E 18, sugerindo quer a multidisciplinaridade referenciada por 7 enfermeiros, quer a evolução para uma abordagem interdisciplinar ou mesmo transdisciplinar.

Sobre os atributos ou características da equipa, emergiram quatro sub-categorias, uma delas com designação e significado de conteúdo semelhante à análise anterior, "Funções diferenciadas". Nas restantes sub-categorias evidencia-se a concepção sistémica de

equipa, sobretudo pelas propriedades de interacção referenciadas e a utilização do termo "sistémica" E04; E23 para caracterizar a equipa de cuidados.

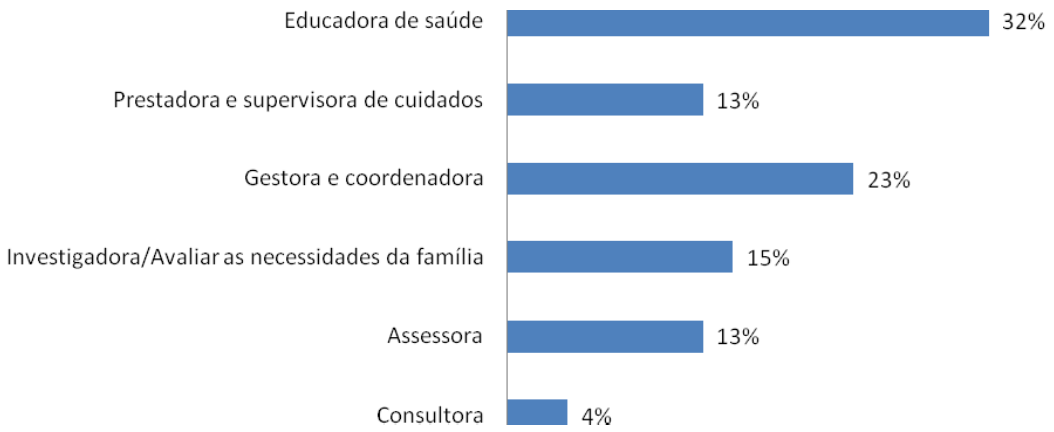
Verificamos que relativamente aos objectivos da equipa de cuidados, diminuíram o número de unidades de registo relativas á sub-categoria "resolução de problemas na família" (1), emergindo a sub-categoria "Capacitar a família nos seus processos de saúde" (2), em conformidade com os objectivos mencionados por alguns enfermeiros, quando se reportaram ao conceito de enfermagem de família. Sugere que as representações são agora também direccionadas para o papel da equipa como entidade favorecedora da autonomia e capacitação da família.

Além de se assumirem como componentes da equipa, evidencia-se nos discursos de três enfermeiros a importância do enfermeiro na coordenação da mesma: "o enfermeiro deve ser o coordenador pela sua proximidade com as famílias" E16; "a coordenação é feita pelo enfermeiro, tem um papel primordial" E22; "pelo seu papel específico, o enfermeiro deve coordenar a equipa" E23. A proximidade surge como um factor determinante da liderança da equipa, sendo que Graça (1992) refere que nas equipas de saúde o líder deve emergir do grupo. No entanto o aparecimento natural do enfermeiro como líder, pode emergir das suas funções específicas e da forma como os enfermeiros as representam e as desenvolvem.

As funções descritas para o enfermeiro de família, no âmbito da equipa caracterizam-se pela sua multidimensionalidade, integrando desde o papel de educador de saúde até ao papel de mediador entre os membros da família e os outros profissionais da equipa (ICN, 2002a; Hanson, 2004; Friedman, 1998). O desenvolvimento desta diversidade de papéis permitirá que os enfermeiros se assumem como um parceiro efectivo na gestão dos processos de saúde das famílias.

De acordo com o Gráfico 8, podemos constatar a ausência de unidades de registo associadas às seguintes funções: modificador do ambiente, defensor da família e detector de casos epidemiológicos. Se as duas primeiras já se declaravam ausentes nos discursos dos enfermeiros em 2005, manifestam-se agora também ausentes as cognições associadas à vigilância e controle de doenças, que traduzem o papel de detector de casos epidemiológicos (ICN, 2002a; Hanson, 2004; Friedman, 1998).

Gráfico 8 – Representações sobre o Papel do Enfermeiro na Prestação de cuidados á família: categorização e valor percentual das unidades de registo



As representações dos enfermeiros asssociam-se essencialmente ao papel de educador de saúde, conservando-se esta função como a maioritariamente referida (32%), no conjunto das unidades de registo.

Seguidamente surge a função de "gestora e coordenadora", constatando-se que, agrupando estas duas categorias, apresentam em conjunto um valor percentual de 55%, o que demonstra a valorização das mesmas, pelos enfermeiros. Denota-se assim uma mudança visível no que se refere ao papel do enfermeiro na coordenação dos cuidados às famílias, expressa através dos seus discursos, tomando como exemplos: "Administradora" E10; "Elemento de contacto entre a família e os restantes elementos" E19; "Parceiro da família na gestão dos seus processos de saúde" E04; "Elo de ligação" E13; " Elemento central na gestão dos cuidados à família" E01; E22.

Com um menor valor percentual, surgem as categorias relativas às funções "Investigadora/Avaliar as necessidades da família" (15%), "Assessora" (13%), "Prestadora e supervisora de cuidados" (13%) e por ultimo "Consultora" (4%). Designamos também aqui alguma mudança no sistema de pensamento dos sujeitos, sobretudo pela diminuição de unidades de registo relativamente às funções de prestador e supervisor de cuidados, que julgamos relacionada com a valorização do seu papel de gestor, coordenador, colaborador e intermediário (Hanson, 2004), expresso na categoria "Gestor e coordenador", conforme referenciado anteriormente.

Apesar das notórias alterações nas representações dos enfermeiros sobre o seu papel no contexto dos cuidados às famílias, centradas essencialmente nos papéis de educador para a saúde e de gestão do processo de cuidados, a ausência nos discursos de

asserções associadas a algumas das funções preconizadas pelo ICN (2002a) sugere-nos ainda a necessidade de promover a ampliação do foco dos cuidados no sentido de o tornar mais abrangente e integrar os três níveis de prevenção.

5.5 – Resultados e Discussão da Análise dos Discursos dos Enfermeiros sobre a sua Prática de Cuidados às Famílias

A análise dos discursos dos enfermeiros permitiu verificar que, para quatro enfermeiros, todas as famílias requerem cuidados de enfermagem, o que anteriormente era apenas mencionado por um enfermeiro.

A análise da Tabela 14 sugere que as práticas dos enfermeiros, centradas na família, têm como referência a diversidade estrutural, de desenvolvimento e características específicas que implicam a reeorganização do sistema familiar.

Tabela 14 – Descrição dos enfermeiros sobre os tipos de famílias que mais necessitam dos seus cuidados: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Desenvolvimento	Famílias com filhos pequenos	7
	Família com filhos adultos	6
	Formação do casal	3
	Famílias com filhos na escola	3
	Família com filhos adolescentes	3
Estrutural interna	Unipessoal	2
	Nuclear	3
	Alargada	3
	Casal	3
	Monoparental	2
	Reconstruída	2
Estrutural contexto	Classe social baixa	3
Funcional instrumental	Família com dependentes	10
	Famílias com idosos	6
	Família com membros com patologias crónicas	3
	Total	**59**

É a sub-categoria “família com dependentes” que apresenta maior número de unidades de registo (10), seguindo-se “família com filhos pequenos” (7), traduzindo 28,81% do total das unidades referenciadas. Verifica-se assim que a dependência de um dos membros da família é a situação referenciada por um maior número de enfermeiros, como requerendo cuidados de enfermagem. Está expressa desta forma uma alteração

relativamente às características das famílias que mais frequentemente requerem cuidados de enfermagem, visto que anteriormente eram referidas as famílias com membros com patologias crónicas e famílias de classe social baixa. Mantêm-se estes tipos de famílias como sub-categorias que emergiram da análise dos discursos, contudo com menor número de unidades de registo.

Famílias com dependentes surgem como sub-categoria integrada na categoria "Funcionais", em conjunto com as seguintes sub-categorias: Família com idosos; Família com membros com patologias crónicas. Mantém-se estas sub-categorias comparativamente aos dados anteriores, denotando-se actualmente a ausência de asserções no âmbito da família com membros com deficiência ou família disfuncional.

A categoria "Desenvolvimento", além de integrar a sub-categoria "Família com filhos pequenos" engloba os vários estádios do ciclo vital (Relvas, 1996; Alarcão, 200), evidenciando novamente a problemática do envelhecimento como justificação da necessidade de cuidados de enfermagem às famílias. Assim temos como exemplos das asserções dos enfermeiros, que traduzem o conteúdo da sub-categoria "Família com filhos adultos": "Famílias no final da vida" E15, E18, E22; "Famílias idosas" E19; "Famílias com filhos adultos" E22; E23.

Relativamente às características estruturais, associadas à composição da família, emergem as sub-categorias correspondentes á designação adoptada no MDAIF: "Nuclear" (3), "Alargada" (3); "Casal" (3); "Unipessoal" (2); "Monoparental" (2) e "Reconstruída" (2). Comparativamente aos dados anteriores denota-se uma maior diversidade de tipos de famílias, o que também nos sugere a interiorização dos termos consensualizados.

Em síntese, verificamos que a composição da família, os períodos de transição ecológica associados ao seu desenvolvimento, as situações específicas que requerem reorganização instrumental e ainda a classe social são factores determinantes na necessidade de cuidados de enfermagem, de acordo com os discursos dos enfermeiros. Permanecem com maior relevo as famílias com membros dependentes, famílias com filhos pequenos e as famílias situadas na última etapa do ciclo vital (Relvas, 1996; Alarcão, 200) ou com idosos, independentemente do seu estádio desenvolvimental.

Para a análise dos discursos dos enfermeiros sobre as estratégias utilizadas para a identificação das necessidades das famílias em cuidados de enfermagem, utilizamos os pressupostos teóricos descritos por Lunney (2004), estabelecendo assim um sistema de categorias centrado nos processos interaccionais e nos instrumentos teórico-metodológicos mobilizados.

Apareceram no total 27 unidades de registo, agrupadas em sub-categorias que integram as categorias: "Processos Interpessoais" e "Processos Técnicos" (Tabela 15).

Tabela 15 – Descrição dos enfermeiros sobre as estratégias que utilizam para identificar as necessidades de cuidados nas famílias: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Processos Interpessoais	Iniciado pelos membros da família	5
	Iniciado pelas famílias	2
	Interacção	7
	Contexto da interacção	3
Processos Técnicos	Avaliação Inicial	9
	Modelo Conceptual	5
	Total	**31**

Os discursos dos enfermeiros direccionam-se na sua maioria (51,85%) para os processos técnicos, apresentando esta categoria 14 unidades de registo, traduzida pelas sub-categorias "Avaliação Inicial" e "Modelo Conceptual" com 9 e 5 unidades de registo, respectivamente.

As asserções, das quais emergiu a primeira sub-categoria, integram, na sua maioria, os domínios estrutural, desenvolvimental e funcional da família como áreas avaliativas: "Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional" E10, E13, E17, E20 e E23.

Quanto à sub-categoria "Modelo Conceptual", as unidades de registo referem-se ao modelo co-construído: "Avaliação segundo o modelo do SAPE" E12, E18; "Colheita de dados através do modelo definido" E21, E23.

Comparativamente aos dados analisados anteriormente, decorrentes dos discursos dos enfermeiros na etapa de diagnóstico, verificamos um aumento das unidades de registo nesta categoria, sugerindo a valorização da importância da avaliação inicial e da utilização de modelos conceptuais na planificação da mesma intervenção (Hanson & Boyd, 1996; Hanson, 2004, Ângelo & Bousso, 2008). Evidencia-se também, nos discursos, a interiorização do modelo co-construído como instrumento utilizado na identificação das necessidades de cuidados centrados nas famílias.

No que se refere à estratégia de interacção estabelecida pelo enfermeiro no sentido de identificar as necessidades de cuidados das famílias, os discursos distribuem-se pelas sub-categorias já definidas anteriormente: "Iniciado pelos membros da família"(5), "Interacção"(7), "Contexto da Interacção"(3), acrescentando-se agora a sub-categoria "Iniciado pelas famílias" com 2 unidades de registo.

O domicílio das famílias surge como o único contexto de interacção mencionado pelos enfermeiros, não sendo referenciado o CS, apesar da maioria dos contactos com os membros da família serem realizados neste local. Sobre as estratégias de avaliação

utilizadas no contexto da interacção, mantêm-se centradas na observação e comunicação verbal, surgindo asserções direccionadas para a observação dos processos interaccionais da família: "Observação da comunicação verbal e não verbal da família" E15; "Observação da comunicação circular" E21. Apesar destes discursos denunciarem uma concepção da interacção enfermeiro e família em que o enfermeiro se coloca como observador e não elemento integrante e participativo do sistema, evidenciam a valorização dos processos de interacção entre os membros da família.

Considerando as mudanças ocorridas nas representações dos enfermeiros relativas aos conceitos de família, saúde familiar e enfermagem de família, julgamos que as estratégias utilizadas se aproximam mais dos princípios descritos por Schober & Affara (2001), relativamente ao Modelo B. Contudo ainda não correspondem às representações sociais de grupo, pelo facto da mudança ser expressa apenas por alguns elementos da equipa.

Para analisar a informação decorrente dos discursos dos enfermeiros sobre os focos de atenção que utilizam na avaliação inicial, consideramos além do referencial teórico de base (Vasconcellos, 2002; Wright & Leahey, 2002), as áreas de atenção de enfermagem de família definidas no MDAIF, no que se refere à avaliação familiar.

Na análise dos discursos dos enfermeiros sobre os focos de atenção que referem usar para a identificação das necessidades da família, surgiram termos que, não sendo descritos como focos da prática de enfermagem (ICN, 2002b), constituem-se como dados relevantes no contexto da avaliação familiar: etapa do ciclo vital, classe social, tipo de família e membro dependente, referenciados respectivamente por 7, 5, 3 e 2 enfermeiros. Estes dados integram o MDAIF e situam-se na dimensão estrutural (Tipo de Família), desenvolvimental (Etapa do ciclo vital) e funcional (Membro dependente). Sugere a valorização destes dados no processo de caracterização da família, em que a componente evolutiva da família é considerada.

De acordo como a Tabela 16, verificamos que as áreas de saúde que os enfermeiros consideram relevantes no processo de avaliação familiar distribuem-se pelos domínios avaliativos que constituem as dimensões do sistema familiar: estrutural, de desenvolvimento e funcional.

Centram-se essencialmente em áreas de atenção no âmbito da dimensão funcional e desenvolvimental, traduzindo os fenómenos Processo Familiar, Papel Parental e Papel de Prestador de Cuidados, no seu conjunto, 32,43% do total de fenómenos referenciados.

Aferimos ainda, pela frequência das unidades de registo, que além destes fenómenos, o Planeamento Familiar (12) é mencionado por mais de 50% dos enfermeiros, seguindo-se

Adaptação à Gravidez, referenciada por 47,82% dos enfermeiros e Satisfação Conjugal por 43,47%, confirmando a valorização actual da dimensão desenvolvimental da família. Estes focos foram associados à dimensão de desenvolvimento, no modelo co-construído, sendo anteriormente mencionados por um número muito reduzido de enfermeiros, ou mesmo não referenciados, como o Planeamento Familiar. Agrupando estas áreas de atenção com o Papel Parental, que englobam em conjunto a dimensão de desenvolvimento verificamos que traduzem 33,10% do total de unidades de registo que emergiram da informação discursiva.

Tabela 16 – Descrição dos enfermeiros sobre os focos de atenção que utilizam na avaliação inicial da família

Fenómenos de Enfermagem	**N.º**	**%**
Processo Familiar	18	12,16%
Papel Parental	16	10,81%
Papel de Prestador de Cuidados	14	9,46%
Planeamento Familiar	12	8,11%
Adaptação à Gravidez	11	7,43%
Satisfação Conjugal	10	6,76%
Interacção de Papéis	9	6,08%
Edificio Residencial	9	6,08%
Rendimento	9	6,08%
Precaução de Segurança	7	4,73%
Aprendizagem de Habilidades	4	2,70%
Conhecimento	4	2,70%
Aprendizagem de Habilidades	4	2,70%
Padrão Alimentar	4	2,70%
Comportamentos de adesão	3	2,03%
Gestão do regime terapêutico	3	2,03%
Hipertensão Arterial	3	2,03%
Comunicação Familiar	3	2,03%
Coping Familiar	2	1,35%
Relação Dinâmica	2	1,35%
Feridas	1	0,68%
Total	**148**	**100,00%**

Relativamente ao Processo Familiar, constata-se que mais de dois terços dos enfermeiros (78,26%) o referem como foco utilizado. Considerando ainda as unidades de registo relativas aos fenómenos Comunicação familiar (3), Interacção de Papéis (9), *Coping* familiar (2) e Relação Dinâmica (2), que se constituem como dimensões avaliativas da área de atenção Processo Familiar (MDAIF), verificamos que se as

agruparmos, obtemos um valor total de 34 unidades de registo, traduzindo-se em 22,97% em relação à totalidade das asserções consideradas. Denotam-se algumas alterações relativamente aos discursos anteriores.

Os enfermeiros utilizam o termo Processo Familiar para designarem a área da atenção, não recorrendo a outros termos, que embora definidores do primeiro, não o traduziam na sua multidimensionalidade e complexidade; emergem os focos Comunicação Familiar e Relação Dinâmica, mantendo-se Comunicação, agora descrita como Comunicação Familiar e *Coping*, como *Coping* Familiar.

Se associarmos o fenómeno Papel de Prestador de Cuidados ao fenómeno Processo Familiar, considerando que ambos se integram na dimensão funcional da família, verificamos que, no seu conjunto representam 32,43% da totalidade das asserções discursivas.

Sobre as áreas de atenção integradas na dimensão estrutural, surge o Edifício Residencial e o Rendimento referidas ambas por 39,13% dos enfermeiros, seguindo-se a Precaução de Segurança e Animal Doméstico, referenciadas, respectivamente por 17,39% e 13,04% dos enfermeiros. Verifica-se a ausência da área de atenção Abastecimento de Água, também integrada no MDAIF, sendo aliás esta a única não referenciada na multidimensionalidade dos domínios familiares. Agrupando as áreas de atenção desta dimensão, de acordo com a frequência das unidades de registo, obteve-se um valor percentual de 16,89% considerando a totalidade das unidades de registo.

Emerge assim dos discursos dos enfermeiros, uma maior valorização das áreas de atenção situadas nas dimensões funcionais e de desenvolvimento, comparativamente à dimensão estrutural.

Outras áreas de atenção, não integradas no domínio da avaliação familiar (MDAIF), mas referidas pelos enfermeiros como utilizadas na avaliação da família, são: Aprendizagem de Habilidades, Conhecimento, Padrão Alimentar, Comportamentos de Adesão, Gestão do Regime Terapêutico, Hipertensão Arterial e Feridas. Todos estes fenómenos apresentam um número de unidades de registo igual ou inferior a 4, sendo assim referidos por menos de um quinto dos enfermeiros. Sobre os fenómenos Aprendizagem de Habilidades e Conhecimento, na maioria das áreas de atenção associadas a áreas avaliativas da família (MDAIF), estes surgem como dimensões das mesmas. A análise dos discursos não permitiu associar estes fenómenos a outras áreas de atenção, pois os enfermeiros mencionavam apenas o conhecimento, sem descriminar o beneficiário ou alvo do mesmo.

Em síntese, a análise dos discursos permitiu identificar fenómenos circunscritos aos três domínios de avaliação da família. Apesar da não explicitação de dados avaliativos, a integração das áreas de atenção no MDAIF, sugere a apropriação das mesmas pelos

enfermeiros e a sua aplicação na prática dos cuidados, nomeadamente na primeira etapa do processo de enfermagem à família.

Verificamos contudo a ausência de alguns dados relevantes para o processo de cuidados, que integram o modelo, mas não valorizados pelos enfermeiros nos seus discursos, nomeadamente dados sobre: Composição Familiar, Família Extensa, Sistemas Amplos (Dimensão Estrutural) e Crenças (Dimensão Funcional Expressiva).

O modelo co-construído integra o modelo de intervenção, englobando as intervenções consideradas mais adequadas para dar resposta aos diagnósticos familiares, considerando a unicidade que confere a cada família uma organização própria num contexto e percurso evolutivo diferenciado.

Os discursos dos enfermeiros sobre as intervenções mais comuns na sua prática de cuidados com a família, integram maioritariamente o tipo de acção, mais do que o beneficiário das mesmas. No total das 55 intervenções mencionadas, constata-se que apenas em 21,81% das mesmas é especificado o beneficiário, nomeadamente o "prestador de cuidados", "pais" e "família". Contudo ocorrem mudanças nas representações de alguns enfermeiros e na forma como descrevem as estratégias de identificação de necessidades à família como unidade.

A análise do Quadro 20, permite verificar que a maior frequência das intervenções por tipo de acção (Eixo A da ICNP/CIPE®), pertence a intervenções no âmbito do Informar (54,05%) e do Atender (34,38%), reflectindo práticas congruentes com as representações sobre o papel do enfermeiro na prestação de cuidados à família. Centradas no papel de educador de saúde, as intervenções mencionadas como mais frequentes reportam-se ao Ensinar (26) que se integra no âmbito do Informar e o Assistir (13) no âmbito do Atender.

Quadro 20 – Distribuição numérica e percentual das intervenções por tipo de acção, segundo os discursos dos enfermeiros

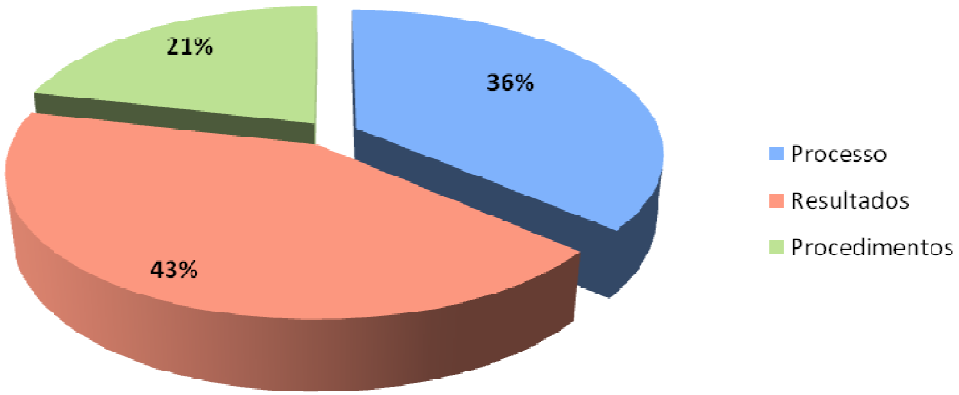
Tipo de acção	Intervenção	N.º	%
Informar	Orientar	7	9,46%
	Informar	7	9,46%
	Ensinar	26	35,14%
Gerir	Gerir	2	2,70%
	Distribuir	2	2,70%
Atender	Assistir	13	17,57%
	Relacionar	2	2,70%
	Prevenir	2	2,70%
Observar	Avaliar	3	4,05%
	Vigiar	10	13,51%
	Total	**74**	**100,00%**

Numa análise global das intervenções referidas actualmente e comparando com as intervenções descritas anteriormente na etapa de diagnóstico, verificamos não haver alteração significativa, mantendo-se o mesmo padrão de intervenção. Ao examinarmos as intervenções englobadas no modelo resultante dos debates desenvolvidos, constatamos que a maioria se inserem no âmbito do Informar (ICNP/CIPE®), explicando de alguma forma a manutenção do padrão da intervenção.

Estes resultados sugerem assim uma concepção de cuidados à família no âmbito da promoção da saúde, com intervenções direccionadas essencialmente para o domínio cognitivo (Wright & Leahey, 2002), tendo como objectivo ajudar a família a mudar a sua percepção sobre os problemas no sentido de as capacitar para a resolução dos mesmos.

Relativamente à análise das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para avaliarem os resultados das intervenções direccionadas às famílias, partimos do sistema de categoria que tinha emergido da análise anterior (Capítulo 3.2), constituído pelas seguintes categorias: "Processo", "Resultados" e "Procedimentos". As unidades de registo que obtivemos da informação discursiva actual integraram-se nestas categorias, num total de 33 (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Descrição dos enfermeiros sobre as estratégias que utilizam para avaliarem os resultados decorrentes das intervenções: categorização e frequência relativa das unidades de registo



É a categoria "Resultados" que apresenta maior frequência, com um valor percentual de 42,42%, sugerindo a valorização das mudanças ocorridas após a implementação das intervenções (Alfaro-Le Fevre, 1996; Friedemann, 1999; Hanson, 2004). Apesar de se manter alguma heterogeneidade nos discursos, estes centram-se maioritariamente na avaliação dos resultados obtidos: "Apreciação dos resultados" E04; "Resultados obtidos" E22; "Mudanças obtidas" E17, E20. Incidindo ainda nos resultados obtidos, surgem

outras unidades de registo centradas na reavaliação dos dados que permitiram identificar as necessidades das famílias e a especificação das mudanças esperadas: “reavaliação das mudanças que permitiram ajuizar os focos” E04; “critérios que usamos para estabelecer o diagnóstico” E14; “mudança de comportamentos” E17; E20; “comportamentos de adesão” E14; “alteração dos hábitos” E07. Evidencia-se actualmente alguma coerência com a descrição relativa às etapas de avaliação e intervenção no âmbito dos cuidados às famílias. A referência aos critérios utilizados na fase de avaliação sugere que na avaliação das mudanças ocorridas são considerados os objectivos definidos face aos diagnósticos (Hanson, 2004).

Na análise relativa aos dados obtidos através das respostas dos enfermeiros, em 2005, o enfoque nos resultados, em detrimento da avaliação do processo, levou à reflexão sobre a forma como os enfermeiros avaliariam o ajuste entre as suas intervenções e o domínio familiar em que era negociado o processo de mudança (Wright & Leahey, 2002).

Evidenciam-se algumas alterações nos discursos dos enfermeiros, sugerindo maior valorização da avaliação do processo, que permitirá analisar com maior efectividade a adaptação entre as intervenções e as mudanças planeadas.

Verificamos assim, que a categoria “Processo” apresenta uma frequência relativa de 36,36%, o que denota uma maior valorização da avaliação processual comparativamente com os dados anteriores. Dos discursos dos enfermeiros emergem asserções relativas à avaliação contínua dos processos: “Contínua colheita de dados”; E12; “Avaliação periódica” E16; “Monitorização” E02. Em congruência com as intervenções referidas como mais frequentes nos cuidados às famílias, situadas no âmbito do Informar (ICNP/CIPE®), surgem algumas unidades de registo (7) que descriminam os critérios de avaliação do processo, nomeadamente: “Verificação dos conhecimentos” E07; E11; E13; E18; E19; E21.

A categoria “Procedimentos” surge actualmente com menor frequência de unidades de registo comparativamente às restantes categorias, o que não acontecia anteriormente. Se para avaliarem o processo da mudança, alguns enfermeiros se referiam à utilização dos mesmos critérios que lhes permitiu a identificação de necessidades das famílias, referem-se agora aos processos interpessoais para efectuar essa avaliação: “Observação” E03, E08, E10, E14; “Dialogo” E03, E08, E10, E14, E20. Não se referem a procedimentos técnicos, contudo considerando as referências ao MDAIF nos discursos relativos às estratégias de identificação de necessidades, julgamos poder supor que também este é utilizado na avaliação de resultados.

Utilizando os mesmos critérios que anteriormente, através de uma análise dedutiva com base no modelo organizacional de Bertrand & Guillemet (1996) constatamos que as razões apresentadas como obstáculo para a prática de enfermagem de família localizam-

se sobretudo na estrutura organizacional, sendo esta a categoria mais representativa (92,72%), conforme tabela 17.

Tabela 17 – Descrição dos enfermeiros sobre os obstáculos à prática de enfermagem de família: categorização e frequência das unidades de registo

Dimensões	**Categorias**	**N.º**	**%**
Estrutura Organizacional	Sub-sistema cultural	3	5,45%
	Sub-sistema gestão	21	38,18%
	Sub-sistema estrutural	16	29,09%
	Sub-sistema psicossocial	6	10,91%
	Sub-sistema tecnocognitivo	5	9,09%
Meio específico	Cliente/Família	4	7,27%
Total		**55**	**100,00%**

Comparativamente à análise anterior relativa aos discursos sobre os obstáculos às práticas centradas nas famílias, evidencia-se actualmente a ausência da categoria "Meio Geral", assim como a diminuição da frequência relativa da categoria "Meio específico", de 27,59% para 7,27%. Continua a reportar-se maioritariamente à indisponibilidade das famílias, mas apenas 17,39% (4) dos enfermeiros mencionam a família como obstáculo às práticas de enfermagem de família.

Sendo a categoria "Estrutura Organizacional" a que apresenta maior frequência de unidades de registo relativas aos obstáculos à prática de *enfermagem* de família, constatamos que, no contexto da mesma, emerge a sub-categoria "sub-sistema de gestão" como a mais representativa desses mesmos obstáculos, apresentando 21 unidades de registo. É também a sub-categoria com maior frequência relativa (38,18%) no conjunto das sub-categorias. Os discursos centrados na gestão do serviço demonstram como para os enfermeiros este sub-sistema constitui-se actualmente como um impeditivo à concretização de práticas mais direccionadas para os cuidados às famílias. Evidencia-se uma alteração significativa comparativamente com os dados anteriores relativamente à representatividade desta categoria, que surgia com 3 unidades de registo, apresentando actualmente 21.

O sub-sistema estrutural, com 16 unidades de registo, apresenta uma frequência relativa sobre a totalidade das sub-categorias de 29,09%, sendo assim a segunda sub-categoria mais referenciada. Além das limitações de tempo para o desenvolvimento de actividades centradas nas famílias, os enfermeiros mencionam o desempenho de tarefas não integradas no seu conteúdo funcional: "actividades de outras áreas" E13; "actividades dependentes da consulta médica" E08; E11; E21; E23. Sobre o desempenho de tarefas associadas e ou delegadas pelos médicos, a sua permanência no contexto dos cuidados

de enfermagem origina, entre outras implicações, a manutenção do modelo em que os enfermeiros são vistos como suporte do médico e o seu papel é desenvolvido de acordo com estas representações (Schober & Affara, 2001).

Relativamente ao sub-sistema psicossocial, com 6 unidades de registo, engloba asserções no âmbito da equipa de cuidados, relacionadas essencialmente com a comunicação ineficaz entre os seus elementos.

Sobressai a diminuição da frequência relativa da categoria referente ao sub-sistema cognitivo, que de um valor percentual anterior de 27,59%, apresenta agora um valor de 9,09%. Os enfermeiros já não se referem à inexistência ou não aplicabilidade de modelos conceptuais, nem ao deficit de formação em enfermagem de família, mas sim à não adequação do SAPE: "Mau funcionamento do SAPE" E11, E20, E23; "SAPE não dinâmico" E17; "SAPE que não permite a visualização dos registos" E22. Aliás ao longo da fase de implementação, após a parametrização do SAPE tornou-se evidente o constrangimento decorrente da aplicação informática que não permite a visualização simultânea dos dados documentados na avaliação inicial e dos diagnósticos formulados a partir da interpretação e análise dos mesmos.

Com menor frequência aparece a categoria "Sub-sistema Cultural", apenas com 3 unidades de registo que se reportam à desvalorização da saúde familiar pelo sistema organizacional.

Relativamente à descrição sugerida aos enfermeiros, sobre uma situação específica de intervenção familiar, apenas 10 enfermeiros realizaram a respectiva descrição, correspondendo a 43,47% do total dos enfermeiros. Dos 10 enfermeiros que responderam a esta questão, verificamos que só 7 das situações descritas se referem a uma família específica, reportando-se os restantes (3) a princípios gerais e metodologias utilizadas no decurso da intervenção familiar. Comparativamente com as respostas analisadas em 2005, verifica-se uma diminuição percentual dos enfermeiros que efectuaram esta descrição.

Não são referenciados dados de caracterização familiar que permitam identificar a sua composição ou a etapa do ciclo vital.

A Tabela seguinte (Tabela 18) reporta-se à análise dos discursos dos enfermeiros que fizeram a descrição sobre uma situação de prestação de cuidados a uma família. Estão representadas as categorias e sub-categorias que emergiram da análise dos dados, possibilitando-nos a identificação das dimensões mais valorizadas na descrição das práticas.

Tabela 18 – Descrição dos enfermeiros sobre o desenvolvimento de uma intervenção a uma família: categorização e frequência das unidades de registo

Categorias	**Sub-categorias**	**N.º**
Níveis de Intervenção	Família como contexto	1
	Sub-sistema familiar como cliente	2
	Família como cliente	7
Processo de Enfermagem	Todas as etapas	3
	Algumas etapas	2
Avaliação Inicial	Processos técnicos	13
	Processos interpessoais	9
Diagnóstico	Focos do indivíduo	1
	Focos da família	10
Planeamento das intervenções	Resultados esperados	3
	Intervenientes no planeamento	3
	Tempo	2
Implementação das intervenções	Contexto	4
	Tipo de acção	15
	Beneficiário	8
Avaliação de Resultados	Processo	4
	Resultados	9
	Procedimentos	3
Níveis de Intervenção	Família como contexto	1
	Sub-sistema familiar como cliente	1
	Família como cliente	5
Total		**95**

Os enfermeiros, na sua generalidade, descrevem a situação de cuidados tomando a família como unidade, descrevendo, desde a concepção à execução dos cuidados áreas de atenção integradas no MDAIF e dando ênfase às interacções entre os membros da família. Se antes as necessidades identificadas decorriam essencialmente da avaliação direccionada apenas para um dos membros, actualmente a descrição contempla, além dos membros, áreas situadas na estrutura, desenvolvimento e funcionamento familiar. Desta análise emergiram as categorias relativas aos níveis de intervenção (Friedman, 1998), verificando-se que em sete das situações descritas a ênfase é dada aos aspectos interaccionais e funcionais da família, situando assim a família como cliente dos cuidados de enfermagem.

Surgem duas situações que se reportam ao sub-sistema familiar como cliente, centradas nos processos de transição conjugal associados à adaptação á gravidez. Apenas um enfermeiro descreve a intervenção familiar partindo da identificação de dependência de um dos membros e cujas estratégias de intervenção se centram na família como suporte dos cuidados a esse indivíduo.

Relativamente à especificação das etapas do processo de enfermagem, dos 7 enfermeiros que se reportam a uma situação particular, 5 nomeiam todo o processo de cuidados, integrando as fases: Avaliação; Processo Diagnóstico; Planeamento das Intervenções; Implementação e Avaliação dos Resultados. Os restantes incidem nas fases de avaliação, diagnóstico e intervenção. Denota-se também aqui alteração nos discursos, mais sistematizados e englobando as etapas de cuidados que tornam visível todo o processo de cuidados às famílias. Sugere que apesar de se manter a dificuldade no processo de documentação de cuidados a nível da aplicação informática, especificamente na articulação entre os dados de avaliação e as restantes fases do processo de cuidar, 30,43% dos enfermeiros expressam de forma sistemática, nos seus discursos, todas as etapas do processo de enfermagem.A categoria Avaliação Inicial, com 22 unidades de registo, engloba as sub-categorias "Processos Técnicos" e "Processos Interpessoais", com 13 e 9 unidades de registo, respectivamente. O enfoque mantém-se nos processos técnicos, centrados na "colheita de dados à família" (E01, E04, E15, E17, E22, E23), verificando-se apenas uma asserção em que a colheita de dados é focalizada no indivíduo: "colheita de dados ao indivíduo" (E12). Ainda nos processos técnicos utilizados pelos enfermeiros na avaliação inicial, encontram-se seis asserções que se reportam aos dados definidos para a avaliação familiar, no âmbito do modelo co-construído, sendo que anteriormente, apenas um enfermeiro designava o MCAF como instrumento teórico-metodologico utilizado na avaliação das famílias e dois se referiam a instrumentos de avaliação familiar.

A explicitação da utilização do MDAIF surge da seguinte forma: "Avaliação das dimensões estruturais, desenvolvimentais e funcionais segundo o modelo novo" E01, E02, E15; E23; "avaliação inicial do SAPE" E17, E2, E22. As referências aos padrões de documentação da aplicação informática sugerem que no sistema de pensamento destes enfermeiros, o modelo de cuidados está associado aos padrões especificados na aplicação informática, ao qual correspondeu a ultima etapa da implementação das mudanças.

Quanto às situações identificadas pelos enfermeiros que exigiam cuidados de enfermagem, focalizam-se em áreas de atenção da unidade familiar: "Interacção de Papeis" E01, "Processo Familiar" E01, E22, "Planeamento Familiar" E23; Papel de Prestador de Cuidados" E04; "Adaptação à Gravidez"E07, "Rendimento Familiar" E20; "Habitação" E20, E21; Satisfação Conjugal " E02, E22. Verifica-se que as áreas de atenção descritas se integram nas três dimensões do modelo, situando-se maioritariamente na dimensão funcional expressiva. Nos discursos de alguns enfermeiros, emergiram não só os focos centrais que tornam visível a necessidades dos cuidados desenvolvidos, mas a descrição das dimensões destes focos. Como exemplo

os que se referem ao Processo Familiar: “Comunicação familiar – comunicação circular” E01; “*Coping* familiar ineficaz” E22 e ainda os que se reportam às áreas de atenção integradas na dimensão desenvolvimental, como a satisfação conjugal e planeamento familiar: “Interacção sexual não adequada” E22; “Uso de contraceptivo não adequado” E23.

Sobre o planeamento das intervenções, emergem 8 unidades de registo, que aludem às sub-categorias “Resultados Esperados” (3); “Intervenientes no Planeamento” (3) e “Tempo” (2). Verifica-se também aqui alteração relativamente aos dados anteriores, pois os enfermeiros referem-se à família a partir de uma abordagem colaborativa, em concordância com o referido por diversos autores (Hanson, 2004; Fundamentos de Enfermagem): “Planear com a família as intervenções” E13, E23; “Validar necessidades com a família e planear intervenções em conjunto” E22.

Relativamente aos resultados esperados, os enfermeiros representam-nos definindo objectivos relativamente á mudança do juízo (ICNP/CIPE®) que permitiu definir os diagnósticos: “*Coping* Familiar eficaz” E22, “Planeamento Familiar eficaz”, E23, “Satisfação Conjugal mantida” E22. A sub-categoria “Tempo”, integra asserções que delimitam o tempo previsto para a avaliação da evolução do estado diagnóstico, nomeadamente: “após um mês” E22 e “ uma semana” E23 e que se relacionam com as necessidades identificadas no âmbito do Planeamento Familiar e Satisfação Conjugal.

A categoria “Implementação das Intervenções” engloba aspectos inerentes ao contexto onde decorreram as intervenções, os tipos de acção e a descrição do beneficiário das intervenções. Com um total de 27 unidades de registo, verifica-se um maior número de asserções referentes ao tipo de acção implementada para a concretização das intervenções (15).

A maior frequência das intervenções por tipo de acção (Eixo A da ICNP/CIPE®), pertence a intervenções no âmbito do Informar (7) focalizadas em “Ensinar” e “Orientar”. Surgem actualmente acções no âmbito do “Atender” (5) e “Gerir” (3), situadas essencialmente promoção de estratégias de capacitação da família: “Promover estratégias adaptativas na família” E22, “Negociar estratégias adaptativas na família” E22, “Planear rituais familiares” E23.

Mantendo em predominância os tipos de acção de cariz instrutivo, verifica-se agora congruência entre as necessidades identificadas e as intervenções desenvolvidas, em que o conjunto das intervenções parecem responder às necessidades identificadas em cada uma das famílias.

Nas intervenções que integram a descrição do beneficiário (8), surge maioritariamente a família como a entidade para a qual se dirigem as intervenções, sendo que apenas uma das intervenções sugere o indivíduo como beneficiário da mesma. Pelas características

das áreas de atenção representadas, assim como das intervenções referidas no sentido de dar resposta às necessidades identificadas, a descrição da família como beneficiária das intervenções confirma a abordagem de cuidados centrada na unidade familiar.

Por último, relativamente às respostas referentes às estratégias de avaliação de resultados, é a sub-categoria "Resultados" a mais representada (56,25%) comparativamente às estratégias referentes ao "Processo" (25,0%) e aos "Procedimentos" utilizados (18,75%). Mantém-se a congruência com os resultados decorrentes da análise sobre as estratégias utilizadas para avaliação dos resultados.

A sub-categoria "Resultados" integra asserções direccionadas para as mudanças obtidas a partir da implementação das intervenções: "Mudanças na família" E22, E23; "Aceitação do papel de prestador de cuidados" E04; "Consenso do papel" E04. No que se refere ao "Processo" a descrição incide nos aspectos evolutivos que permitiram a concretização dos objectivos: "Evolução funcional e interaccional da família" E23.

Os enfermeiros (3) que mencionaram os procedimentos utilizados na avaliação de resultados reportaram-se aos critérios utilizados para a identificação de necessidades na família:"utilizando os mesmos critérios que utilizei para o diagnóstico" E23, "reavaliação dos dados que permitiram os diagnósticos" E15, E22.

A análise efectuada para cada uma das etapas descritas e a interrelação entre as mesmas, alude a uma prática direccionada para a família, sendo que as situações de cuidados centram-se essencialmente nas áreas interaccionais. A utilização do MDAIF como referencial da prática sugere que o mesmo se constituiu como um instrumento utilizado e utilizável no contexto dos cuidados.

5.6 – Resultados e Discussão da Análise da Documentação de Enfermagem: da concepção e execução de cuidados de enfermagem

Para efectuarmos a avaliação do impacte da mudança na documentação de enfermagem, recorremos ao modelo de análise de conteúdo utilizado no início do estudo, para a compreensão das práticas dos enfermeiros direccionadas às famílias, traduzidas na informação documentada e que complementou a etapa diagnóstica do ciclo de estudos.

A manutenção das estratégias de análise possibilitou a comparação da informação produzida nos SIE, sucedendo-se a identificação das mudanças produzidas na quantidade e qualidade da informação documentada, na sequência dos cuidados à família como unidade e/ou aos indivíduos integrantes das mesmas.

A estrutura actual de documentação expressa o modelo de cuidados co-construído, nomeadamente os padrões de documentação referentes ao Programa de Saúde da Família. Assim, as categorias parametrizadas na aplicação informática relativas à avaliação inicial das famílias, correspondem aos dados avaliativos definidos para a avaliação familiar. Da mesma forma, os diagnósticos, *status* diagnósticos e intervenções associadas condizem com o MDAIF. Neste contexto, apesar da manutenção das estratégias de análise, o quadro de base documental apresenta-se com diferenças significativas, decorrentes das mudanças referidas na estrutura de documentação. Desta forma, da análise comparativa emergiram as alterações decorrentes da implementação do modelo de cuidados, que permitiram dar visibilidade à abordagem sistémica na prestação de cuidados às famílias.

Procedeu-se à recolha de informação processada e documentada na aplicação informática SAPE durante os meses de Maio e Junho de 2008, resultantes de todos os contactos de enfermagem. Não resultou do processo de recolha de dados cópias ou documentos que identificassem os utentes ou famílias.

5.6.1 – Avaliação Inicial

Para a análise dos dados referentes à avaliação inicial, de acordo com os critérios anteriores, calculamos o valor médio de dados documentados em cada categoria de dados, por considerarmos que, desta forma, tornar-se-ia evidente a categoria mais valorizada pelos enfermeiros, no contexto da documentação. Para determinarmos o valor médio dividimos o número de dados documentados em cada categoria, pelo respectivo número de itens.

Avaliação Inicial da Família

Comparativamente com a informação documentada anteriormente na fase de diagnóstico verificamos que o número de contactos com as famílias quadriplicou (de 40 para 166), correspondendo a um aumento significativo de registos efectuados (de 163 para 2116). A informação registada reporta-se a 81 famílias, denotando-se também um aumento muito significativo, pois anteriormente o número de famílias correspondia apenas a 11. Apesar desta mudança, que consideramos significativa, verifica-se que apenas 0,50% da totalidade das famílias inscritas no CS (15980) destas têm algum dado documentado referente à avaliação inicial.

A Tabela 19 representa a distribuição dos dados, segundo o valor médio por categoria e sub-categoria. As categorias representam as dimensões gerais de avaliação familiar: estrutural, desenvolvimental e funcional, enquanto as sub-categorias referem-se aos dados e às áreas de atenção relevantes em cada dimensão.

Tabela 19 – Distribuição dos dados referentes à avaliação inicial das famílias, segundo o valor médio de dados documentados por categorias

Categorias		**Sub-categorias**	$\overline{X}$
Dimensão estrutural		Tipo de Família	39,00
		Família Extensa	31,80
		Sistemas Amplos	15,36
		Classe Social	9,50
		Edifício Residencial	13,50
		Sistema de Abastecimento	14,25
		Ambiente Biológico	7,60
Dimensão Desenvolvimental		Etapa do Ciclo Vital	42,00
		Satisfação Conjugal	5,38
		Planeamento Familiar	3,45
		Adaptação à Gravidez	2,47
		Papel Parental	9,33
Dimensão Funcional	Instrumental	Membro da Família Dependente	10,41
		Papel de Prestador de Cuidados	1,96
	Expressiva	Escala Readaptação Social HR	10,00
		Comunicação Familiar	6,66
		Coping Familiar	10,25
		Interacção de Papeis Familiares	6,25
		Crenças Familiares	1,50
		Relação Dinâmica Familiar	4,54

Verifica-se a presença de dados documentados em todas as categorias e sub-categorias do MDAIF, significando que os registos se distribuem pelas áreas de atenção definidas como relevantes no contexto dos cuidados centrados na unidade familiar, assim como pelos dados de caracterização familiar.

Ao considerarmos o conjunto das categorias, constata-se que a dimensão estrutural aparece com um valor médio de dados (15,67) superior às restantes categorias: Dimensão Desenvolvimental com 4,84 e Dimensão Funcional com 4,37. Esta valorização de dados referentes à dimensão estrutural não coincide com as respostas dadas pelos enfermeiros sobre os focos que utilizam na avaliação inicial, em que era nítida a importância dos focos situados nas dimensões de desenvolvimento e funcional, comparativamente com a estrutural.

No que se refere às sub-categorias, verifica-se que "Etapa do Ciclo Vital" apresenta o maior valor médio de dados registados (42), traduzindo-se na identificação do ciclo vital em 64,61% das famílias, sendo este um dado relevante na caracterização desenvolvimental da família. Segue-se a sub-categoria "Tipo de Família", integrada na dimensão estrutural, com um valor médio de 39, expressando que 63,93% foram

qualificadas de acordo com os critérios estabelecidos no MDAIF, no que respeita à sua composição: Casal, Família nuclear, Família reconstruída, Família monoparental, Coabitação, Família institucional, Comuna, Unipessoal e Alargada.

Surgem maioritariamente famílias descritas como nucleares, distribuídas pelas seguintes etapas, por ordem decrescente de registos: Família com filhos pequenos, Família com filhos na escola, Família com filhos adolescentes e família com filhos adultos. Estes dados são congruentes com os discursos dos enfermeiros sobre o tipo de família que mais necessitam de cuidados de enfermagem.

As sub-categorias que apresentam valor médio de registos inferiores ao menor valor médio das categorias (3.71) são respectivamente: Planeamento Familiar (3,45), Adaptação à Gravidez (2,47), Papel de Prestador de Cuidados (1,96) e Crenças Familiares (1,5).

Relativamente ao foco Planeamento Familiar, os dados registados incidem essencialmente no "Uso de Contraceptivo", apresentando esta dimensão uma média de registos de 4,38, superior á média global do foco central. Se o Planeamento Familiar é uma área de atenção relevante para todas as famílias em que haja pelo menos um casal, a "Adaptação à Gravidez" reporta-se apenas aquelas em que ocorra uma gravidez. Nesta sub-categoria, os dados centram-se essencialmente na dimensão "Conhecimento do Casal", não havendo registos nas restantes dimensões: "Comunicação do casal" e "Comportamentos de Adesão".

Evidencia-se o número reduzido de registos na sub-categoria "Papel de Prestador de Cuidados" considerando que nos discursos dos enfermeiros, as famílias com membros dependentes são mencionadas como as que mais necessitam dos seus cuidados. Contudo a média de dados registados na sub-categoria "Membro da família dependente" (10,41) é indicativa que esta informação é documentada em maior número de famílias comparativamente às dimensões avaliativas do foco Papel de Prestador de Cuidados: Conhecimento do papel, Comportamentos de adesão, Consenso do Papel, Conflitos do Papel e Saturação do Papel.

A sub-categoria "Crenças Familiares" integra a categoria Dimensão Funcional Expressiva apresentando o menor valor médio de registos, conforme já referido. Tal como nos discursos dos enfermeiros sobre os focos de atenção que utilizam na avaliação inicial constatou-se a omissão das crenças como um dado relevante no processo de cuidados, apesar de integrar o Modelo que surgiu da discussão e confrontação das práticas com os modelos expostos.

No que se refere às restantes sub-categorias da dimensão funcional expressiva, com um valor médio de registos de 6,0, verifica-se que todos os itens de cada uma das sub-categorias têm pelo menos um registo. A sub-categoria "*Coping* Familiar" (10,25)

apresenta o maior valor médio de registos nesta categoria, seguindo-se "Escala de Readaptação Social", indicativo da sua aplicação a 10 famílias. As restantes sub-categorias, com a excepção da referente às crenças familiares, apresentam valores médios superiores à média da Dimensão Funcional, nomeadamente "Comunicação Familiar" (6,66), "Papeis Familiares" (6,25) e "Relação Dinâmica Familiar" (6,25)

Apesar do número ainda muito reduzido de famílias com registos na avaliação inicial, a análise da informação documentada pelos enfermeiros permitiu verificar a multidimensionalidade dos dados documentados, em concordância com o MDAIF e com o modelo de dados parametrizado na estrutura de documentação.

Na etapa de diagnóstico, ao pretendermos compreender as práticas dirigidas às famílias e identificarmos os problemas inerentes a essas mesmas práticas, analisamos toda a documentação produzida pelos enfermeiros, quer no contexto dos cuidados centrados na família como cliente, quer na família como contexto do indivíduo. Um dos objectivos que levou a analisar inicialmente toda a documentação reportava-se ao reconhecimento da valorização da informação documentada referente à família, no contexto global dos dados registados pelos enfermeiros.

Pelos resultados decorrentes dessa análise consideramos pertinente repetir essa análise, no sentido de identificar alguma variabilidade no padrão de registos que pudesse complementar a avaliação do impacte da mudança.

Relativamente aos contactos dirigidos aos utentes, nos meses de Maio e Junho de 2008, foram efectuados 16 599 contactos, que se reportam a 8 155 indivíduos, correspondendo a 16,73% do total de utentes inscritos no CS (48 733).

Comparativamente com a análise efectuada na etapa diagnóstica, verifica-se um ligeiro aumento do número de contactos e de utentes a que se reportam os mesmos, contudo uma diminuição dos registos efectuados na avaliação inicial (de 8033 para 5292). Não corresponde esta diminuição aos registos relativos às famílias, como verificamos anteriormente.

Pela Tabela apresentada a seguir (Tabela 20) constata-se que os registos são distribuídos pela maioria das categorias pré-definidas na estrutura de documentação, com excepção da categoria referente a "Tegumentos".

A categoria "Dados Gerais" mantém-se com o maior valor médio de registos (264,50), integrando dados relativos à identificação individual, como o nome preferido, estado civil, profissão, habilitações literárias e contacto telefónico.

Em seguida emerge "Antecedentes Pessoais" (184,57), cujos dados relativos ao uso de substâncias são actualmente apenas registados neste item, não havendo duplicação de dados, conforme ocorria anteriormente.

Tabela 20 – Distribuição das categorias dos dados referentes à avaliação inicial dos indivíduos, segundo o valor médio de dados documentados na categoria

Categorias	$\overline{X}$
Dados Gerais	264,50
Antecedentes Pessoais	184,57
Saúde Reprodutiva	55,36
Auto-Vigilância / Rastreio	48,83
Utilização do Centro de Saúde	26,14
Saúde do Adulto	21,90
Saúde da Mulher/Saúde Materna	15,96
Prestador de Cuidados	15,00
Apoio Social	13,20
Saúde Infantil/Saúde Juvenil	12,02
Situação Profissional	4,30

Denota-se uma diminuição acentuada do registo de dados referentes à categoria "Utilização do Centro de Saúde" (de 180,71 para 26,14), situando-se com valores superiores a este, as seguintes categorias: "Saúde Reprodutiva" (55,36) e "Auto-Vigilância/Rastreio" (48,83), que incidem, respectivamente, em dados sobre a utilização de contraceptivo e realização de colpocitologias, integrados no Programa de Saúde de Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva.

As restantes categorias apresentam valores médios de registo inferiores a 25,0, com o mesmo padrão de dados nas categorias: "Saúde do Adulto" que corresponde á categoria designada anteriormente como "Outras Situações", "Saúde Infantil/ Saúde Juvenil" e "Saúde da Mulher/Saúde Materna".

Os dados das categorias" Apoio Social" e "Situação Profissional" reportam-se, respectivamente ao registo de rendimentos individuais provenientes de pensões ou subsídios e situação de activo ou não activo profissionalmente.

Denota-se a ausência de dados relativos à habitação da família, assim como outros dados no âmbito das dimensões estruturais, de desenvolvimento e interaccionais do sistema familiar. Sugere a utilização dos itens associados à avaliação familiar, decorrentes do MDAIF, no registo destes dados que se associam aos cuidados prestados á família como unidade.

Sobre a categoria "Prestador de Cuidados", com um valor médio de registos correspondente a 15,0, julgamos que se reporta a dados sobre prestadores de cuidados que não sejam membros da família, conforme critérios definidos para a documentação de acordo com o MDAIF.

5.6.2 – Fenómenos de Enfermagem

Para a análise da informação documentada relativa aos fenómenos de enfermagem, utilizamos, conforme já referido, os critérios descritos e utilizados na etapa de diagnóstico.

Contudo a alteração dos padrões de documentação após a co-construção do Modelo de Cuidados, possibilitou aos enfermeiros a utilização de um novo modelo de dados no âmbito do Programa de Saúde da Família, conforme descrição no Capítulo (4)

Assim, além de compararmos a informação produzida no SIE, decorrente dos cuidados prestados às famílias e indivíduos integrantes destas, foi possível analisar a forma como os enfermeiros incorporaram o modelo nas suas práticas, através da documentação dos cuidados.

Família

Do total de contactos que produziram registos na avaliação inicial referentes a 81 famílias, estão explicitadas necessidades de cuidados de enfermagem a 57 famílias, correspondendo à identificação de 207 fenómenos.

Um dos aspectos essenciais decorrentes da alteração dos padrões de documentação é a formulação de diagnósticos que surgem após a análise dos dados de avaliativos, documentados na avaliação inicial. Se antes não foi possível conhecer os dados que permitiram aos enfermeiros identificar as situações que requeriam cuidados de enfermagem, actualmente os critérios definidos permitem não só a interactividade entre estas etapas, mas também a utilização de critérios de resultado congruentes com os critérios diagnósticos.

Considerando a ICNP/CIPE® (2002), constata-se pelos resultados apresentados na Tabela 21 que se mantêm os focos no âmbito do Processo Familiar como os mais documentados. Situam-se neste domínio os fenómenos Processo Familiar, Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar e Adaptação á Gravidez, que no seu conjunto traduzem 42,99% do total de situações identificadas.

Agrupando os fenómenos por dimensões do MDAIF, constata-se que é na dimensão de Desenvolvimento que são identificadas maior número de situações que requerem cuidados de enfermagem, integrando o Papel Parental, já referenciado, Satisfação Conjugal (23), Planeamento Familiar (25) e Adaptação à Gravidez (14).

A esta segue-se a Dimensão Funcional, que engloba o Papel de Prestador de Cuidados (29) e o Processo Familiar (27). Por ultimo a Dimensão Estrutural, que apresentando um média de registos superiores na avaliação inicial, surge agora como a dimensão onde são identificadas menor número de situações que requerem cuidados de enfermagem,

representada pelos fenómenos: Rendimentos (13), Abastecimento de Água (6), Edifício Residencial (4), Animal Doméstico (5) e Precaução de Segurança (8).

Tabela 21 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos das famílias

Fenómenos	**N.º**	**%**
Papel parental	49	22,48%
Processo familiar	27	12,39%
Satisfação conjugal	23	10,55%
Papel de prestador de cuidados	29	13,30%
Planeamento familiar	25	11,47%
Adaptação à gravidez	14	6,42%
Rendimentos	13	5,96%
Abastecimento de água	6	2,75%
Edifício residencial	4	1,83%
Animal doméstico	5	2,29%
Precaução de segurança	8	3,67%
Outros	4	1,83%
Total	**207**	**100,00%**

Evidencia-se nos resultados apresentados, quer a diversidade de situações documentadas, quer o aumento das mesmas, sugerindo a apropriação e utilização do MDAIF, como instrumento conceptual e metodológico das práticas com as famílias. Denota-se alguma discrepância entre os dados registados na avaliação inicial, cuja média de registos comparada com o número de diagnósticos nas respectivas áreas, sugere que em muitas das situações, na perspectiva da documentação, os enfermeiros ultrapassaram a etapa da avaliação. Esta é uma situação que de alguma forma apoia a percepção de que a aplicação informática não é favorecedora da interactividade dos registos.

Indivíduos

Do total de indivíduos a quem foi realizado pelo menos um contacto (8 155), foram identificadas situações que requeriam cuidados de enfermagem, correspondendo à identificação de 4 294 fenómenos. Estes valores demonstram um aumento do número de utentes a quem foi realizado pelo menos um contacto e concomitantemente uma diminuição das situações identificadas com necessidades de cuidados

A análise do Gráfico 10 sugere-nos que as situações que requerem cuidados de enfermagem, quando os enfermeiros tomam o indivíduo como alvo dos cuidados, mantêm-se direccionadas para os processos comportamentais e cognitivos realizados

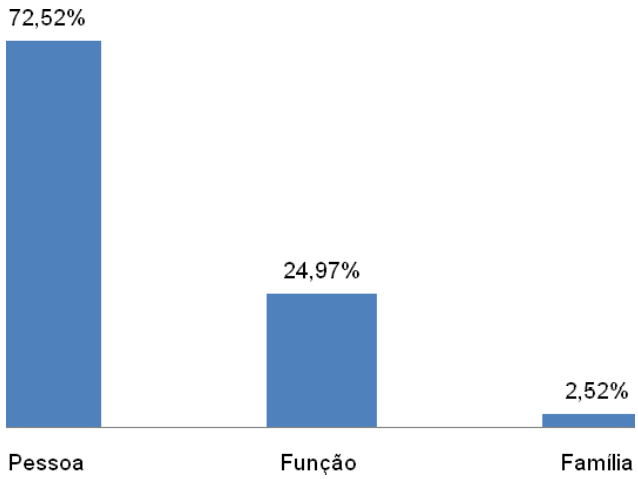
pelos indivíduos, mais do que para os seus processos biológicos. Os focos do Domínio Pessoa (ICNP/CIPE®) representam 72,52%% do total de focos documentados, enquanto os pertencentes ao Domínio Função apenas 24,97%. Verificamos uma alteração representada pelo aumento das situações direccionadas à Pessoa em detrimento daquelas que se direccionam para as Funções.

Sobre o Domínio Família (ICNP/CIPE®), a definição do Modelo de Cuidados implicou que muitos dos focos situados neste domínio, integrassem o Programa de Saúde da Família e que fossem consideradas áreas de intervenção relevantes no contexto da família como unidade, assim como focos do Domínio Pessoa foram considerados relevantes no processo de identificação de necessidades da família (rendimento, papel parental, papel de prestador de cuidados, entre outros).

Aparecem todavia alguns fenómenos situados no Domínio Família que são utilizados pelos enfermeiros na identificação de necessidades dos indivíduos, com uma frequência relativa de 2,52%, superior à identificada na etapa diagnóstico que correspondia a 1,57%.

Com a análise mais aprofundada dos focos utilizados nos enunciados diagnósticos podemos visualizar especificidades que complementam a análise da prática dos cuidados após a implementação do Modelo, nomeadamente os fenómenos utilizados em cada um dos Domínios (ICNP/CIPE®).

Gráfico 10 – Distribuição percentual dos focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos por Domínios da ICNP/CIPE®



Sobre os focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, integrados no Domínio Pessoa (ICNP/CIPE®), verificamos pela Tabela 22 que o maior número de

registos mantém-se centralizado em sete focos, que traduzem 83,0% do total. A categoria "Outros" integra os focos com número de registos iguais ou inferiores a 100.

Tabela 22 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Pessoa (ICNP/CIPE®)

Fenómenos	**N.º**	**%**
Adesão à Vacinação[*1]	816	26,20%
Conhecimento[*2]	739	23,73%
Comportamento de Procura de Saúde[*1]	476	15,29%
Auto - Vigilância[*1]	200	6,42%
Autocuidado Comer[*1]	150	4,82%
Uso de Contraceptivos[*1]	105	3,37%
Gestão do Regime Terapêutico[*1]	101	3,24%
Outros	527	16,92%
Total	**3114**	**100,00%**

[*1] Acção Realizada pelo próprio [*2] Razão para acção auto conhecimento

Foram enumerados pelos enfermeiros um total de 125 fenómenos. O número mínimo de registos corresponde a 1, o que sucedeu em 35 dos fenómenos enumerados. Verifica-se um aumento do número de focos utilizados pelos enfermeiros na formulação dos diagnósticos cujo portador é a pessoa, apesar de também existir um maior número de focos com apenas um registo.

Comparativamente com os dados anteriores, mantém-se o Autocuidado como a categoria de focos mais enunciados, traduzindo 71,43% do total de focos que obtiveram um número de registos superiores a 100.

Adesão à Vacinação mantém-se como o foco com maior número de registos (26,20%), em que a maioria das especificações, da mesma forma que na análise anterior, não se reportam à identificação de necessidades de cuidados, mas antes ao registo da data da próxima administração vacinal.

As alterações situam-se fundamentalmente no aumento do número de registos no foco Conhecimento (de 87 para 739) e Autocuidado Comer (de 3 para 150); diminuição do número de registos nos focos Uso de Contraceptivo (de 425 para 105) e Papel Parental (87 para 11).

Relativamente ao foco Conhecimento, verificamos que os dados documentados nas especificações associam-se maioritariamente (74,28%) ao conhecimento sobre colheita de espécimen, integrando também o conhecimento sobre respostas/reacções ao medicamento, mas em menor número. Estes dados emergem das diferentes alterações surgidas, após 2005, sobre os registos a efectuar aquando a colheita de espécimen, no

sentido de ser documentado o conhecimento dos utentes sobre esta colheita. Pela mesma razão, decorrente de orientações no âmbito da documentação, surge o aumento significativo de registos sobre o Autocuidado Comer, associados á identificação de necessidades das crianças e jovens no âmbito do conhecimento sobre padrão alimentar adequado, de acordo com as especificações associadas ao foco.

Sobre o Uso de Contraceptivo, a especificação mantém-se associada ao conhecimento sobre a utilização do contraceptivo. As alterações nos padrões de documentação do programa informático, decorrentes da sua adequação ao Modelo de Cuidados, situaram o Uso de Contraceptivo como uma dimensão do fenómeno Planeamento Familiar, associada ao Programa de Saúde da Família. Ou seja, o uso de contraceptivo conceptualizado como uma área de atenção familiar, direccionada para o sub-sistema conjugal. Contudo o programa informático permite que os enfermeiros associem os focos que considerarem convenientes para a formulação do diagnóstico, independentemente de estarem ou não associados à família ou aos indivíduos, no contexto do Programa de Saúde da Família ou dos Programas de Saúde da DGS.

Considerando as especificações dos focos documentados quer para as famílias, quer para os indivíduos, verificamos que, no que se refere ao Planeamento Familiar, descrito na análise dos fenómenos direccionados às famílias, as respectivas especificações estão sempre associadas à dimensão Uso de Contraceptivo.

A partir destes dados poderíamos concluir que o total de registos no âmbito deste foco se situam em 130, apesar de poder sugerir que a concepção dos enfermeiros sobre o mesmo se mantém limitada à mulher como portadora deste fenómeno, em contradição com as orientações da DGS (2001) e com o paradigma que informa o Modelo co-construído. Ou então a limitação da aplicação informática que não potencializando a dinamicidade entre as várias etapas do Processo de Enfermagem e a visualização simultânea dos dados referentes à família como um todo e de cada um dos seus membros, implica que os enfermeiros utilizem como recurso para a documentação das necessidades identificadas na família e/ou nos indivíduos o menu que lhes parece mais funcional, neste caso o que está associado aos indivíduos.

A diminuição do número de registos neste foco, considerando a informação analisada em 2005 (referente a Abril e Maio) e em 2008 (referente a Maio e Junho), levou-nos a fazer uma análise mais aprofundada de todos os registos efectuados neste foco desde a implementação no SAPE em Novembro de 2004. Verificamos que inicialmente e até ao final do ano de 2005, a média de registos do foco Uso de Contraceptivo situou-se em 176,66 registos mensais. Em 2006 a média de registos diminui para 71,91, em 2007 para 67,58 e em 2008 considerando os meses de Janeiro a Junho, a média situou-se em 67,16. Considerando o trajecto dos registos desde a implementação do sistema de

informação, os valores actuais não parecem significar uma diminuição das situações documentadas no âmbito do Uso de Contraceptivo, evidenciando-se as situações referenciadas como necessidades no domínio do Planeamento Familiar, traduzindo alguma mudança na documentação dos cuidados produzidos.

A mesma análise pode ser feita relativamente ao foco Papel Parental, considerando a totalidade de registos relativos ao mesmo (49 registos documentados no âmbito da família e 11 associados aos indivíduos, perfazendo 60 registos no total). A média de registos mensais de 49,0 em 2005, foi diminuindo progressivamente, situando-se em 2007 em 41,0. Em 2008 a média dos primeiros seis meses, no âmbito dos registos associados aos indivíduos localizou-se em 6,5, o que sugere a manutenção dos mesmos valores relativos à identificação de novas situações que requerem cuidados de enfermagem no âmbito do papel parental, com uma incidência muito significativa na associação deste foco à família, conforme o MDAIF.

Outros focos documentados pelos enfermeiros na formulação de diagnósticos individuais, considerados como áreas de atenção e de intervenção relevantes quando se toma a família como alvo dos cuidados são "Papel de Prestador de Cuidados" e "Adaptação à Gravidez".

Sobre o primeiro, verifica-se apenas um registo que adicionado aos 29 registos no âmbito da família, perfaz um total de 30, valor superior à informação documentada em 2005 (10 registos associados aos indivíduos e 2 às famílias). Evidencia-se também que actualmente os registos efectuados traduzem essencialmente situações de necessidades de cuidados na família como um todo.

Relativamente à Adaptação à Gravidez, em 2005 o número de registos correspondeu a 30, associados a diagnósticos individuais. Actualmente, a nível individual existem apenas 3 registos que adicionados aos registos dos fenómenos das famílias, perfaz um total de 17 registos. Considerando o percurso de documentação desde 2005, constatamos que também com este foco a tendência foi a diminuição progressiva de identificação de novas situações de cuidados, nesta área. Os números de registos identificados situam-se próximos do valor médio mensal de 2007 (10,22), predominando a sua utilização na formulação de diagnósticos familiares.

Sobre os focos utilizados com maior frequência nos enunciados diagnósticos dos Indivíduos no Domínio Função (ICNP/CIPE®), verificamos, pela Tabela 23, que a Categoria Tegumentos (Ferida Cirúrgica, Úlcera de Pressão, Ferida e Ferida Traumática) expressa 44,12% do total de focos neste Domínio, com valor de registos superiores a 50. Constata-se que esta categoria aumentou a sua representatividade no conjunto dos focos enumerados para a formulação dos diagnósticos.

Tabela 23 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Função (ICNP/CIPE®)

Função	**N.º**	**%**
Ferida Cirúrgica	231	21,55%
Ferida Traumática	119	11,10%
Desenvolvimento Infantil	97	9,05%
Úlcera de Pressão	80	7,46%
Hipertensão	67	6,25%
Ferida	56	5,22%
Outros	422	39,37%
Total	**1072**	**100,00%**

O Desenvolvimento Infantil, englobado na categoria Desenvolvimento Físico no domínio das Funções, mantém-se como o terceiro foco mais documentado (97), evidenciando-se uma diminuição significativa do número de registos (em 2005 de 235 registos referentes aos meses de Abril e Maio), em concordância com o sucedido com a maioria dos focos do Domínio Pessoa, conforme referido anteriormente. Efectivamente a média mensal de identificação de novas situações de cuidados no âmbito do desenvolvimento infantil situou-se em 2005 em 112,66, passando para 78,41 em 2006, 62,83 em 2007 e nos primeiros seis meses de 2008 em 48,66.

Na análise das especificações dos Fenómenos evidenciam-se dados relacionados com as Funções do Individuo, não se encontrando registos que sugiram necessidades de cuidados de enfermagem à família como unidade.

Analisando os fenómenos documentados no Domínio Família (ICNP/CIPE®), quando os cuidados se centram no indivíduo, verificamos pela Tabela 24 um total de 108 registos, distribuídos por 4 fenómenos: Amamentar (39), Vinculação (32), Mamar (34) e Adaptação à Gravidez (3).

Tabela 24 – Distribuição do número de registos por focos utilizados nos enunciados diagnósticos dos indivíduos, no Domínio Família (ICNP/CIPE®)

Família	**N.º**	**%**
Amamentar	39	36,11%
Vinculação	32	29,63%
Mamar	34	31,48%
Adaptação à Gravidez	3	2,78%
Total	**108**	**100,00%**

Comparativamente com os fenómenos documentados neste domínio na informação analisada em 2005, constata-se que há uma diminuição da diversidade de situações identificadas, que actualmente são identificadas como diagnósticos no âmbito da família,

como é o caso da Satisfação Conjugal e Processo Familiar, traduzidas no Modelo como áreas relevantes em enfermagem de família.

Quando comparamos com os fenómenos documentados no âmbito da família, verificamos que o foco Adaptação à Gravidez é utilizado quer na identificação de necessidades da família, de acordo com o MDAIF, com 14 registos (Tabela 21) quer na identificação de necessidades individuais, com 3 registos. No conjunto perfaz 17 registos, valor inferior á totalidade de dados relativos a este foco, documentados em 2005 (34). Seguindo o mesmo padrão que alguns dos focos já referidos, também este, ao longo dos anos, foi diminuindo o número de registos, pois em 2005 a média mensal de registos situou-se em 13,0 e em 2007 em 10, 54. Contudo o que se evidencia como mais significativo é utilização deste foco para a identificação de necessidades da família e por isso o seu registo associado ao Programa de Saúde da Família.

O foco Amamentar com 39 registos, traduzindo 36,11% do total de registos documentados, mantém-se como o foco mais documentado neste Domínio. Emergem outros focos, pertencentes à mesma categoria (ICNP/CIPE®), como a Vinculação e Mamar, que se integram na Paternidade. Ao longo dos debates no processo de co-construção do Modelo de Cuidados, estes focos foram discutidos no sentido da sua eventual integração como áreas de atenção relevantes na avaliação familiar, sobretudo na etapa de família com filhos pequenos.

A consensualização foi no sentido de não serem integrados no Modelo, mas que nos processos de tomada de decisão os enfermeiros poderiam documentar necessidades de cuidados nestas áreas, consideradas no âmbito da família, a partir dos modelos conceptuais de base e da descrição da ICNP/CIPE® relativamente ao significado dos mesmos.

Analisando as especificações associadas ao fenómeno Amamentar verificamos que integram maioritariamente dados sobre o conhecimento da mãe sobre a técnica de amamentar e a alimentação adequada no período de lactação. Mantém-se inexistentes dados relativos à ligação mãe-filho, desenvolvida através do processo de interacção estabelecido através do acto de amamentar, conforme a definição deste fenómeno, segundo o ICNP/CIPE® (ICN, 2002b). Sobre a Vinculação e Mamar, nas especificações apenas constam o juízo que fundamenta as intervenções planeadas.

Analisamos as especificações associadas ao grupo de *status* dos fenómenos utilizados pelos enfermeiros na formulação de diagnósticos. Constatamos um aumento significativo das mesmas, de 6252 em 2005 para 36 148 em 2008, mesmo não integrando os dados avaliativos das áreas de atenção familiares que estão integrados no menu “Avaliação Inicial”, com a excepção do fenómeno Papel Parental. Este aumento sugere que nas alterações da parametrização do SAPE, tem sido progressivamente integradas

especificações que permitam uma avaliação mais sistemática e consensual dos fenómenos. Correspondendo esta alteração à inovação do Modelo, no que se refere á definição de dados diagnósticos para cada uma das áreas de atenção definidas, no contexto da saúde familiar.

O foco conhecimento é expresso em 31,09% da totalidade das especificações, mantendo-se a valorização desta dimensão como dado diagnóstico, influenciando a tomada de decisão dos enfermeiros relativamente às necessidades de cuidados.

Avaliar o conhecimento permite definir estratégias que visam a mudança a partir do domínio cognitivo, aliando a outras que capacitem os indivíduos e famílias no sentido da sua participação activa nos processos de saúde, definidas de acordo com as necessidades e recursos identificados.

Permanecendo os dados diagnósticos como grupo de *status* associados aos fenómenos na estrutura da documentação do processo de enfermagem do indivíduo e englobando o papel parental no que se refere ao programa de saúde da família, uma fracção dos registos efectuados não são conducentes ao planeamento de intervenções, por não traduzirem necessidades de cuidados de enfermagem.

Esta situação não ocorre na nova parametrização do Programa de Saúde da Família pois os dados avaliativos são registados no menu da Avaliação Inicial e assim apenas as situações que requerem cuidados de enfermagem são documentadas. Avaliamos a congruência entre as necessidades de cuidados e os dados que as fundamentam, tendo os enfermeiros documentado os diagnósticos de acordo com os critérios estabelecidos para os mesmos. E se existe heterogeneidade nos termos utilizados para qualificar o foco, na formulação dos diagnósticos individuais (por exemplo “comportamentos de procura de saúde adequados”/ “comportamentos de procura de saúde demonstrados”), no caso dos diagnósticos familiares os enfermeiros utilizaram os juízos definidos pela equipa de enfermagem no processo de co-construção do MDAIF.

Sobre a expressão dos portadores dos fenómenos (ICN, 2002b), verificamos, que 10,48% das especificações dos fenómenos integram portadores que englobam ou a família como um todo, ou sub-sistemas ou ainda o prestador de cuidados, num total de 3789 registos, conforme Tabela 25.

Constata-se aqui um aumento significativo de registos que expressam o sistema familiar como a entidade a que se reporta o fenómeno, com maior relevância para o susbsistema parental (3027), seguindo-se Prestador de Cuidados (643), Família (106) e por último Casal com apenas 13 registos.

Tabela 25 – Distribuição do número de registos por tipo de portador utilizado nos enunciados diagnósticos dos indivíduos (ICNP/CIPE®)

Portador	**N.º**
Pais	3027
Prestador de cuidados	643
Família	106
Casal	13
Total	**3789**

Comparativamente com os dados anteriores, constatamos que a representatividade de cada uma das entidades é semelhante, sugerindo que o aumento do número de registos das mesmas decorre dos novos padrões de documentação associados ao Programa de Saúde da Família, que traduzem as categorias e dados avaliativos do Modelo.

5.6.3 – Intervenções

Os dados referentes às intervenções documentadas pelos enfermeiros, englobam em conjunto as intervenções desenvolvidas com os indivíduos e/ou com as família, num total de 54 732 registos, conforme Tabela 26. Verifica-se um aumento muito significativo do número de intervenções documentadas, embora se mantenham os termos utilizados para enunciar as intervenções, significando que apesar da diversidade na documentação de cada domínio, a sua frequência é estabelecida por um número restrito de tipo de acções.
Agrupando as intervenções por tipo de acção (Eixo A da ICNP/CIPE®), a maior frequência das intervenções pertence a intervenções no domínio do Observar (36,46%,) e do Informar (19,36%). Apesar dos dados continuarem a traduzir práticas centradas no papel de educador de saúde, em congruência com os dados relativos ao conhecimento, documentados na actividade diagnóstica, evidencia-se, comparativamente com os dados anteriores, um aumento significativo dos tipos de acção no âmbito do Observar. Este aumento é traduzido essencialmente pelas intervenções do tipo Vigiar, que expressam 35,73% do total de intervenções, com um total de registos de 19 554, muito superior ao verificado em 2005. Estes resultados parecem-nos resultantes do aumento do número de registos documentados nos focos da categoria Tegumentos (Ferida Cirúrgica, Úlcera de Pressão, Ferida e Ferida Traumática), que sugerem maior número de intervenções associadas aos cuidados às Feridas.
No domínio do Informar, mantém-se o *Ensinar* como a intervenção mais documentada, com 12 571 registos, traduzindo 82,45% do total de intervenções documentadas neste domínio, apesar da diminuição da frequência relativa das intervenções documentadas neste domínio (53,21% para 22,97% actualmente). As especificações destas

intervenções englobam, na sua maioria, o fenómeno ou o *status*, havendo uma dispersão nas intervenções deste tipo por todas as situações declaradas como requerendo cuidados de enfermagem, continuando a assumir-se o Ensinar como uma acção transversal a todas as situações, visando alteração no domínio cognitivo.

Tabela 26 – Distribuição das intervenções documentadas por tipo de acção (ICNP/CIPE®)

Tipo de acção	**Intervenção**	**N.º**	**%**
Informar	Informar	1192	2,18%
	Descrever	36	0,07%
	Ensinar	12571	22,97%
	Explicar	12	0,02%
	Orientar	1435	2,62%
Atender	Assistir	9606	17,55%
	Relacionar	1516	2,77%
	Tratar	92	0,17%
Executar	Limpar	19	0,03%
	Manipular	92	0,17%
	Instalar	60	0,11%
	Posicionar	133	0,24%
	Remover	260	0,48%
	Trocar	57	0,10%
	Cortar	2	0,00%
	Estimular	17	0,03%
	Executar	4207	7,69%
	Inserir	22	0,04%
Gerir	Organizar	2354	4,30%
	Distribuir	1078	1,97%
	Gerir	14	0,03%
Observar	Avaliar	66	0,12%
	Identificar	4	0,01%
	Vigiar	19554	35,73%
	Diagnosticar	333	0,61%
Total		**54732**	**100,00%**

Ambicionámos também verificar de que forma o sistema familiar é explicitado como beneficiário das intervenções. Considerando as intervenções associadas a cada um dos diagnósticos familiares, analisamos a documentação dos enfermeiros relativamente às mesmas, assim como a sua representatividade por áreas de atenção. Ao optarmos por esta análise julgamos poder verificar como são utilizados os enunciados das intervenções direccionadas para as famílias. Verifica-se que só podemos associar 2,69% das

intervenções documentadas pelos enfermeiros a acções direccionadas à família, tendo como base os enunciados pré-definidos na construção do modelo de cuidados.
Comparativamente aos dados anteriores, verificamos uma diminuição do número de intervenções (de 2552 para 1474), cujo beneficiário é o sistema familiar, distribuídas actualmente por todas as áreas de atenção que integram o modelo, com menor número de registos na dimensão estrutural. Estes resultados sugerem que na documentação das intervenções direccionadas à família os enfermeiros fundamentaram a sua actuação nas estratégias discutidas e consensualizadas anteriormente.

5.7 – Os Cuidados de Enfermagem Às Famílias: síntese reflexiva

A apreciação das mudanças operadas implicou a comparação entre as representações, descrição e documentação dos cuidados produzidos com as famílias, antes e depois da implementação do MDAIF, que decorreu do processo formativo e da co-construção deste modelo.
A utilização do modelo permitiu mudanças efectivas nas representações sobre o processo de cuidados às famílias e a progressiva incorporação da necessidade de integrar nas práticas à família como um todo.
Na análise das respostas dos enfermeiros relativamente ao conceito de Família salientam-se as cognições associadas à autodeterminação da família, com a integração de atributos sistémicos. No que se refere à Saúde Familiar emerge uma perspectiva multidimensional associada ao bem-estar dinâmico que inclui tanto a saúde de cada membro quanto a saúde da unidade familiar. A Enfermagem de Família surge descrita, por alguns enfermeiros, como ciência, salientando-se a inclusão de modelos conceptuais e instrumentos de avaliação familiar como instrumentos teórico-metodológicos na concretização das suas práticas A identificação e mobilização das forças da família caracterizam a intervenção familiar, surgindo a abordagem colaborativa como paradigma expresso no sistema de pensamento dos enfermeiros.
As representações sobre a equipa de saúde integram, além da multidisciplinaridade, uma visão interdisciplinar e transdisciplinar, direccionada para a promoção da autonomia e capacitação da família. O papel do enfermeiro centra-se na educação e supervisão dos cuidados.
Relativamente à descrição dos cuidados, a análise dos discursos dos enfermeiros sobre as suas práticas com as famílias e a documentação das mesma, revela que:

- A diversidade do tipo de famílias descritas pelos enfermeiros como alvo dos seus cuidados, centra-se nos aspectos estruturais, nas transições ecológicas e ainda

nas transições de saúde/doença que requeiram adaptações a nível do domínio funcional instrumental;

- As estratégias utilizadas para a identificação das necessidades de cuidados nas famílias enfatizam a necessidade da utilização de modelos conceptuais na planificação da avaliação e da intervenção familiar. São valorizados os processos de interacção entre os membros da família;
- Os focos de atenção descritos como fundamentais na avaliação familiar distribuem-se pelos domínios avaliativos do MDAIF, centrando-se maioritariamente na dimensão de desenvolvimento e funcional. Embora seja visível a congruência entre os discursos sobre as práticas e a documentação dos cuidados produzidos, com uma concepção de cuidados fundamentada no modelo co-construído, verificamos ainda a ausência de alguns dados relevantes para o processo de cuidados, nos discursos dos enfermeiros, como a composição familiar, sistemas amplos e crenças;
- A partir do modelo conceptual foi possível a documentação dos diagnósticos mais frequentes e com maior relevância em enfermagem de família, assim como dos dados avaliativos que tornam visíveis os processos de tomada de decisão. Fenómenos de enfermagem utilizados nos enunciados diagnósticos, localizados nos três domínios de avaliação da família, sugerindo a apropriação das áreas de atenção descritas no MDAIF;
- Congruência entre intervenções descritas como mais comuns nos cuidados de enfermagem centrados na família e os dados documentados pelos enfermeiros. Centram-se no papel de educador de saúde, traduzindo-se pelo ensinar como a acção mais frequente, sugerindo uma concepção de cuidados à família centrada na promoção da saúde, com intervenções direccionadas essencialmente para o domínio cognitivo;
- As estratégias de avaliação de resultados reflectem uma visão processual dos cuidados, com maior valorização da avaliação do processo. São referenciados os objectivos definidos face ao diagnóstico, como critério para avaliação da adequação das intervenções às mudanças propostas;
- Os discursos centrados na gestão do serviço demonstram como para os enfermeiros este subsistema constitui-se actualmente como um impeditivo à concretização de práticas mais direccionadas para os cuidados às famílias. Apenas um número reduzido de enfermeiros mencionam a família como obstáculo às práticas de enfermagem de família. Os enfermeiros já não se referem à

inexistência ou não aplicabilidade de modelos conceptuais, nem ao deficit de formação em enfermagem de família, mas sim à não adequação do SAPE.

Sobre a descrição das práticas que emergiu da análise da documentação produzida no SAPE, salientamos ainda o aumento do número de registos relativos a contactos com as famílias, com a visível diversidade das situações documentadas, apesar da aplicação informática não ser favorecedora da interactividade entre as várias etapas do processo de cuidados.

A definição das intervenções face a cada área de atenção contribuiu para adequar os cuidados às necessidades identificadas com as famílias, assim como os princípios definidos para a concretização das mesmas intervenções originaram maior clareza na descrição sobre um contexto clínico de intervenção familiar. A ênfase localiza-se nos aspectos interaccionais e funcionais da família, o que julgamos demonstrar que a utilização do MDAIF, constitui-se como uma estrutura conceptual orientadora da prática de cuidados com as famílias.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO – O MODELO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: o resultado da mudança

Iniciámos por algumas considerações relacionadas com a enfermagem de família, enquanto área de conhecimento em enfermagem e a necessidade da inclusão das famílias como alvo efectivo dos cuidados de enfermagem no contexto dos CSP.

A enfermagem de família centra-se na capacitação funcional da família face aos seus processos de transição, cimentando-se numa abordagem co-evolutiva da família, enquanto sistema autopoiético. Neste sentido a compreensão da família requer entende-la enquanto unidade, num paradigma que permita a percepção da sua complexidade, globalidade, diversidade, unicidade, entre outras características inerentes à sua multidimensionalidade.

Conceber a família enquanto unidade de transformação, identificando-a como um sistema social que se auto-define e que recria funções específicas ao longo do seu desenvolvimento, permitirá ampliar o foco para uma visão mais apreciativa dos seus potenciais. Esta visão integra um entendimento sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida, que incorpora as respostas aos processos de vida vivenciados pela família, enquanto alvo de cuidados.

Os projectos de saúde da família constituem-se, desta forma, como alicerce dos cuidados, numa atitude de respeito face à sua competência para tomar decisões que promovam um funcionamento efectivo.

É com base nestes pressupostos que o processo de cuidados, localizado ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, assume-se como um processo dinâmico e contínuo, fundamentado numa abordagem colaborativa e integradora.

Assume-se a necessidade da reflexão processual face à complexidade dos contextos da acção onde se desenvolvem as interacções com as famílias, justificando uma prática cada vez mais proficiente, que responda aos desafios actuais decorrentes das novas necessidades de saúde das famílias. Efectivamente a evolução da família, no que respeita à sua dimensão e caracterização tem vindo a ser fortemente influenciada e condicionada pelas mutações do contexto sócio-demográfico.

Por tudo isto, assume particular importância o quadro legislativo actual nos CSP que contempla a família como alvo dos cuidados de saúde, evidenciando-se o papel

promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número limitado de famílias integradas numa comunidade específica.

São vários os documentos nacionais e internacionais que apontam para a necessidade de valorização da família e dos cuidados de saúde familiar, enfatizando a importância dos CSP. Os novos desafios colocados à enfermagem, enquanto profissão, situam a enfermagem de família como eixo estruturante nos processos de promoção, prevenção, tratamento, paliação, reabilitação e reinserção direccionados às famílias.

É neste quadro que os enfermeiros se podem afirmar como elementos-chave na concepção de cuidados de maior complexidade, centrados na família como agente de desenvolvimento social e humano. Da mesma forma assumirem a liderança na formulação e aplicação de políticas conducentes ao desenvolvimento da investigação e das práticas em enfermagem de família, que contribuam para a promoção da saúde familiar e subsequentemente da saúde colectiva.

A apropriação da família enquanto domínio específico de enfermagem reforça a necessidade do desenvolvimento da enfermagem de família, tanto na sua vertente teórica – que a consolida – como na vertente clínica. Ainda mais pela dicotomia que ainda persiste entre os modelos conceptuais da enfermagem de família e as práticas de cuidados, que ainda se mantêm centradas no indivíduo, descontextualizando do seu ambiente e não considerando a relação entre os níveis de saúde individual e familiar.

A dispersão e a superficialidade de conteúdos relacionados com a família na formação inicial dos enfermeiros, as práticas ligadas ao modelo biomédico, a inadequação de modelos de enfermagem de família abrangentes e operativos que permitam o seu ajustamento aos contextos e, ainda o sistema de apoio de registos que tradicionalmente tem sido orientado para o indivíduo e cujos sistemas de diagnósticos centram-se essencialmente na doença, são alguns dos factores que têm contribuído para a reprodução de modelos em uso direccionados para cuidados compartimentados e fragmentados.

Para os enfermeiros decidirem quais as intervenções às quais dar resposta às necessidades das famílias em cuidados, é necessário que possam identificar, com rigor, tais necessidades, constituindo-se os referenciais teóricos como instrumentos metodológicos no desenvolvimento das práticas. É assim, num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, que julgamos emergente o desenvolvimento de práticas de enfermagem centradas na família.

A partir deste enquadramento, procuramos promover o desenvolvimento da enfermagem de família no contexto da disciplina de enfermagem, contribuindo para a definição do seu

corpo de conhecimentos e convertendo esse mesmo conhecimento em acção e inovação.

Pretendemos também compreender a natureza dos problemas que afectam a prática e estabelecer um plano de mudança orientado para o desenvolvimento de novas práticas centradas na família, enquanto alvo de cuidados.

Pela natureza metodológica do processo seguimos uma trajectória flexível que adequamos à complexidade das interacções do contexto onde se pretendeu a produção de novos percursos da prática com as famílias.

6.1 – Implicações do Estudo: do processo co-evolutivo às mudanças transformativas

Na primeira fase do ciclo de investigação realizamos uma análise comparativa entre os modelos expostos e os modelos em uso relativamente às práticas de cuidados de enfermagem centradas na família como unidade de cuidados.

Para a identificação e análise dos modelos expostos, além da pesquisa exaustiva sobre as teorias e modelos definidores da enfermagem de família, analisamos os modelos formativos de enfermagem de família através da análise do plano de estudos do CLE.

A recolha de dados foi feita através de análise documental do Plano Curricular do CLE, utilizando-se a informação cedida pelas instituições e/ou a informação disponibilizada nos sites das respectivas instituições.

Verificou-se uma grande heterogeneidade nos Planos de Estudos das instituições, quer nas características gerais dos mesmos, quer na estruturação dos conteúdos sobre Família e a sua distribuição pelas diferentes unidades curriculares.

A análise efectuada aos objectivos, conteúdos e bibliografia expressos no planeamento das unidades curriculares, indicaram além do número reduzido e fragmentado dos conteúdos que integravam temáticas direccionadas à família, dispersão dos mesmos pelas unidades curriculares. Estes resultados sugerem-nos a pertinência de reflectir sobre o curriculum da licenciatura em enfermagem, visando capacitar os enfermeiros para efectivos cuidados centrados na família. Também a confirmação da necessidade da implementação da especialidade no âmbito da saúde familiar, que confira competências que permitam a efectivação de cuidados focalizados tanto na família, como um todo, quanto nos seus membros individualmente.

Ainda no contexto da fase de diagnóstico e no que se refere à identificação e análise dos modelos em uso, centramo-nos nas representações dos enfermeiros sobre os conceitos

centrais que caracterizam a enfermagem de família e na descrição sobre as suas práticas com as famílias.

Sendo atributos de grupo, as representações funcionam como quadro de referência que através da comunicação orientam a produção dos sujeitos sociais. Propusemo-nos identificar os elementos das representações dos enfermeiros sobre Família, Enfermagem de Família e Saúde Familiar e descrever a forma como estes se organizam.

Os resultados evidenciaram que as representações dos enfermeiros enfatizavam o indivíduo como alvo dos cuidados, referindo-se a "cuidados direccionados ao indivíduo" E02 ou ainda cuidados "dirigidos ao indivíduo situado no seu contexto" E13. As cognições associadas ao conceito de família evidenciam a apropriação da definição descrita pela CIPE®, embora enfatizando a sua dimensão estrutural, traduzida pela elevada frequência de unidades de registo na Sub-Categoria "Conjunto de indíviduos" (22), em comparação com as restantes.

A concepção da saúde familiar não incluiu as interacções entre os membros da família, evidenciando-se uma visão dicotómica entre a saúde individual e a saúde da família, enquanto unidade. Apenas três enfermeiros referiram a saúde dos membros da família e a saúde da unidade familiar, numa visão integrativa da saúde familiar.

Sobre as representações da equipa de prestação de cuidados, estas indiciam que os enfermeiros se assumem integrantes da mesma, embora os valores e crenças expressas sobre o seu papel circunscreveram-se a algumas áreas de actuação, nomeadamente a educação e supervisão.

Para completar a análise dos modelos em uso, norteamo-nos pelos seguintes objectivos: identificar os tipos de famílias sujeitas à intervenção dos enfermeiros; analisar as estratégias utilizadas para identificar as necessidades de cuidados; identificar os focos de atenção utilizados na avaliação familiar e nos enunciados diagnósticos; identificar as intervenções dirigidas às famílias; analisar as estratégias de avaliação de resultados, analisar a percepção dos enfermeiros sobre os obstáculos à prática de enfermagem de família e, ainda analisar os modelos da prática de cuidados à família.

Para a concretização destes objectivos utilizamos como instrumentos de colheita de dados um questionário e fizemos a análise da documentação produzida pelos enfermeiros, registada no SAPE. A conjugação destes métodos permitiu-nos analisar e confrontar a descrição dos cuidados, quer pelos discursos dos enfermeiros, quer pela informação que emergiu dos dados documentados pelos mesmos.

Na complexidade dos resultados obtidos, salientamos aqueles que nos pareceram mais relevantes na compreensão da intervenção familiar, neste contexto de cuidados:

- As famílias em todas as etapas do seu ciclo vital foram consideradas como alvo da intervenção dos enfermeiros. As famílias de classe social baixa e as famílias

com membros com patologias crónicas traduziram, no seu conjunto, 33% das unidades de registo das categorias, sugerindo que a prática dos enfermeiros focaliza-se fundamentalmente nestas famílias;

- Divergência entre a descrição dos focos mais valorizados na avaliação familiar e os dados documentados relativamente aos cuidados de enfermagem direccionados às famílias; Os fenómenos Edifício Residencial, Coping e Processo Familiar traduzem 38% do total de fenómenos referenciados pelos enfermeiros. Contudo não têm expressão na documentação referente aos enunciados diagnósticos, sendo que os focos no Domínio Família (ICN, 2002) representam 1,57% do total de focos documentados;
- Focos de atenção valorizados pelos enfermeiros e utilizados nos enunciados diagnósticos, como o Processo Familiar, mas sem a descrição dos dados que permitam a fundamentação do diagnóstico;
- Os aspectos percepcionados pela equipa como impeditivos da prática de enfermagem de família, incluem as famílias como elemento dificultador, referenciadas por 72,72% dos enfermeiros: "Pouca receptividade das famílias" E03, "Falta de disponibilidade das famílias" E11. Outros aspectos mencionados circunscrevem-se à formação reduzida na área de enfermagem de família, à inexistência de modelos conceptuais coerentes com os contextos de acção e, ainda aspectos organizacionais relacionados com a escassez de recursos e organização dos cuidados;
- Práticas não direccionadas à família como unidade e alvo dos cuidados. as necessidades individuais de um dos membros, associadas a doença crónica ou dependência, foram as situações mais referenciadas na descrição sobre uma situação especifica de intervenção familiar;

A análise global que emergiu da confrontação entre os modelos expostos e os modelos em uso evidenciou ainda que a concepção de cuidados não estava alicerçada em modelos conceptuais que permitissem uma abordagem centrada num paradigma sistémico e ecológico. As necessidades identificadas pelos enfermeiros, expressas na descrição da intervenção familiar incidem no indivíduo, não abrangendo os domínios familiares. Tal como a documentação dos cuidados enfatiza os diagnósticos individuais, a avaliação da família baseia-se nos itens da aplicação informática, não estando explícitos dados que traduzam informação relativa aos domínios interaccionais e funcionais do sistema familiar. Efectivamente, os registos no âmbito da avaliação familiar concentraram-se apenas em 11 famílias, com as quais foram realizadas 40 contactos e resultando 18 diagnósticos que requeriam cuidados de enfermagem à família.

Além dos aspectos considerados pela equipa como factores impeditivos da concretização de práticas centradas na família, os enfermeiros manifestaram dificuldades na definição das situações de cuidados em que a família é o alvo, na actividade diagnóstica, na compreensão sistémica da família e na utilização do SAPE, por considerarem que os padrões de documentação não permitem o registo de uma avaliação sistemática e global das famílias.

A partir destes processos de discussão e reflexão foi possível iniciarmos a fase seguinte do ciclo de investigação – Planeamento da Acção – que permitiu a definição conjunta de estratégias para a implementação da mudança.

Sendo consensual a necessidade de alterar o modelo em uso, foram definidas estratégias de mudança centradas na implementação de um processo formativo e na redefinição do modelo de cuidados de enfermagem, tendo a família como alvo. O planeamento das estratégias para a mudança foi aprovado pelos órgãos de gestão da instituição, dando-se inicio à 3º fase referente à Implementação da Acção.

A disposição para a mudança constituiu-se como um factor fulcral do processo, promovendo uma cultura favorecedora de novas práticas centradas na família enquanto entidade competente e coerente nas suas decisões e na gestão dos seus projectos de vida.

Para o processo formativo foram definidos objectivos conducentes ao desenvolvimento de competências que permitissem a concepção da família tendo por base o paradigma sistémico e, desta forma, possibilitasse a co-construção do modelo de cuidados. Os objectivos centraram-se na sensibilização para a abordagem interdisciplinar, na reflexão sobre o enquadramento dos CSP no contexto geral dos cuidados de saúde, no desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo face ao contexto de complexidade dos cuidados centrados na família, na reflexão sobre a diversidade das representações de família no sentido de promover uma concepção sistémica centrada nos processos de transformação da família, reflexão sobre os modelos de avaliação e intervenção familiar e, ainda a reflexão sobre os contributos dos sistemas de informação no desenvolvimento das práticas de enfermagem centradas na família.

De acordo com os objectivos, os conteúdos direccionaram-se para aspectos essenciais dos cuidados às famílias, distribuidos por cinco módulos:

- Interdisciplinaridade no contexto dos cuidados de saúde;
- Cuidados de Saúde Primários no contexto geral da saúde;
- Família e Famílias: das transformações sociais à complexidade interaccional;
- Enfermagem de família: da história ao enquadramento das práticas;
- O contributo dos Sistemas de Informação no desenvolvimento da enfermagem de família.

Para o desenvolvimento do processo formativo, centrado na clarificação de conceitos e reflexão sobre os contextos da acção com as famílias, associaram-me métodos expositivos e activos, integrando a discussão de casos clínicos. Ao longo da formação foram introduzidas temáticas que emergiam da discusão e mobilizados recursos formativos no sentido de dinamizar este processo.

Este dispositivo foi desenvolvido no CS onde decorreu a investigação, formando-se quatro grupos de formação/discussão.

Ao dar continuidade ao processo planeado para esta fase do ciclo de investigação, desde logo se entendeu da enorme complexidade que qualquer decisão comportaria, sendo por isso necessário encontrar consensos para a definição das linhas orientadoras que permitissem a concretização das actividades planeadas referentes à redefinição do modelo em uso, as quais passamos a descrever:

- Co-Construção do modelo de cuidados de enfermagem de família;
- Operacionalização do Modelo através da definição de dados para avaliação familiar; áreas de atenção com relevância para a prática de enfermagem de família; subconjuntos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem direccionados para a enfermagem de família;
- Plano de adequação dos padrões de documentação à estrutura do Modelo de Cuidados co-construído.

Para a concretização destas actividades utilizámos a técnica de debates de grupo, com debates semanais de sub-grupos, debates mensais do grupo geral e ainda discussões temáticas por pequenos grupos.

Conscientes da necessidade de envolver todos os enfermeiros na tomada de decisão, tentou-se dinamizar os debates, mobilizando o conhecimento prático dos intervenientes para os processos de mudança, visando a criação de um contexto favoravel à mudança co-construída.

Evoluimos para a concretizaçao desta fase entendendo que seria necessário iniciar-se o processo pela consensualização das situações em que a família se constitui como alvo dos cuidados de enfermagem.

Na co- construção do Modelo de Cuidados, além da análise global da interrelação dos conceitos do Modelo Calgary de Avaliação da Família e dos constructos associados às categorias do modelo, discutiram-se situações reais de cuidados à família que permitiram ampliar a visão de família e dos fenómenos de compreensão da mesma, como contexto de unicidade e diversidade.

Foram definidas as áreas de atenção no contexto da Enfermagem de Família, numa perspectiva multiversa do sistema familiar, com a inclusão de dados avaliativos que permitissem a compreensão dos conceitos centrais e a operacionalização da avaliação.

Manteve-se a designação das áreas avaliativas descritas no Modelo Calgary de Avaliação da Família, sendo as áreas de atenção integradas em cada uma delas, nomeadamente:

- Dimensão estrutural: 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: papel de prestador de cuidados e processo familiar.

Pretendendo que este seja um modelo dinâmico e interactivo, foram definidos a partir das áreas de atenção os subconjuntos diagnósticos e diagnósticos que, com a família, e através da identificação das suas forças e recursos, permitissem esboçar um plano de cuidados ajustado aos seus projectos de saúde.

Para a definição dos subconjuntos diagnósticos e diagnósticos, foi necessário englobar dimensões avaliativas para cada uma das áreas de atenção. Designamos como dimensões outros focos da prática de enfermagem, que, de acordo com as discussões que emergiram nos debates de grupo, foram considerados como componentes do foco central.

Esta metodologia foi utilizada para a formulação de todos os enunciados diagnósticos, a partir das áreas de atenção consideradas relevantes na prática dos cuidados centrados na família como unidade de intervenção, descritas anteriormente.

Por último, procedeu-se à consensualização sobre as intervenções que promovessem e facilitassem as mudanças nos vários domínios do funcionamento familiar. A validação com a família e o reconhecimento das suas forças e virtudes como recurso para o seu funcionamento efectivo, foram premissas essenciais para a definição das intervenções, integrando as respostas afectivas e cognitivas que decorrem do contexto da interacção entre enfermeiro e família.

A operacionalização do modelo, designado como Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar –MDAIF– teve também por base os pressupostos do processo de enfermagem, através dos elementos: diagnósticos, intervenção e resultados. A sistematização dinâmica destes elementos ajudaram a determinar os resultados esperados com a execução das intervenções de enfermagem, através do ajuste entre as mesmas e as mudanças ocorridas no sistema familiar.

Foi na perspectiva de capacitação da família que se enquadrou o modelo desenvolvido. Este deveria ser útil para a prática, promover a compreensão da reciprocidade entre os enfermeiros e famílias e servir de base à identificação das forças da família no sentido de ajustar as intervenções às suas reais necessidades e recursos. Contudo a sua

operacionalização não deve ser rígida, permitindo a flexibilização e a adaptação aos diversos níveis de actuação e ainda às especificidades dos contextos.

O eixo estruturante deste processo de co-construção foi a comunicação que se estabeleceu pela partilha de ideias e experiências que julgamos ter permitido a centralidade da discussão nos cuidados à família, pela problematização dos conhecimentos, das práticas e dos contextos.

Finalizada a etapa de reconstrução e operacionalização do MDAIF, mantiveram-se os debates de grupo, no sentido de estabelecer padrões de documentação que fossem congruentes com o mesmo e simultaneamente passíveis de serem utilizados no sistema de informação em uso. A inclusão dos sistemas de informação no processo de mudança, partiu de uma necessidade expressa pelos enfermeiros, pela complexidade da informação inerente aos cuidados de enfermagem e, ainda pela vantagem desta informação traduzir conhecimento em enfermagem de família. Acrescenta-se ainda o facto da documentação dos cuidados favorecer, o planeamento de actividades e assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem. Por isso concebemos um modelo conceptual de cuidados à família e estruturamos os dados no sistema com base no mesmo.

Fez-se a adequação dos padrões de documentação do SAPE de Enfermagem à estrutura do modelo de cuidados (MDAIF) com as respectivas alterações das especificações da interface gráfica do mesmo sistema.

Concluído o percurso de mudança tentamos efectuar a avaliação dos adquiridos realçando o resultado do processo de mudança.

Avaliamos o impacte da mudança nos cuidados de enfermagem, tendo como base os critérios utilizados na fase de diagnóstico. Pretendemos comparar os elementos das representações e das descrições dos enfermeiros centradas nos discursos e na documentação, identificando as mudanças produzidas a estes dois níveis, que se interligam.

Verificamos um conjunto significativo de alterações ocorridas nas representações, evidenciando-se a auto determinação da família como caracterizador do conceito de família, assim como a integração de uma concepção sistémica traduzida pelas asserções dos enfermeiros: “Membros interdependentes” E23, “Membros em interacção” E20, “Contexto ecossistémico” E12, entre outras.

Emerge uma concepção multidimensional da saúde familiar como estado dinâmico e, ainda o surgimento de novas categorias centradas nas forças da família e numa visão colaborativa dos cuidados, além da saúde dos indivíduos em simultaneidade com a saúde da unidade familiar apresentar-se actualmente como caracterizador da saúde familiar para um maior número de enfermeiros (5).

Os resultados evidenciaram que as representações dos enfermeiros enfatizam o sistema familiar como alvo dos cuidados, referindo-se a "cuidados prestados à família e a todos os membros" E17, centrados "na família e nos indivíduos que a constituem" E14, em que "as avaliações dos indivíduos e de todo o sistema familiar ocorre de maneira simultânea" E22.

Ainda no âmbito das representações, as concepções sobre a equipa de cuidados são agora direccionadas à sua função de facilitadora de autonomia e capacitação da família. Sobre o papel do enfermeiro no contexto dos cuidados às famílias, embora surgissem alterações que denotam a ampliação das suas competências, a contribuição para as mudanças no ambiente e o seu papel de defensor da família, ainda não são integrados no sistema de pensamento dos enfermeiros.

No que se refere aos discursos dos enfermeiros sobre as suas práticas de cuidados com as famílias, identificamos algumas alterações significativas. Julgamos importante efectuar uma síntese dos principais resultados que evidenciam as mudanças produzidas:

- As características estruturais da família, as transições ecológicas associadas ao seu desenvolvimento e as transições de saúde/doença associadas à dependência de um dos membros traduzem a diversidade dos tipos de famílias que os enfermeiros consideram que mais necessitam dos seus cuidados;
- Nos discursos sobre as estratégias utilizadas para a identificação de necessidades de cuidados nas famílias surgem cognições associadas à valorização dos processos de interacção com as famílias, assim como a valorização dos processos técnicos, nomeadamente: "Modelo Conceptual" E22, "Avaliação estrutural, desenvolvimental e funcional" E10, E13, E17, E20, E23. Surgem ainda asserções que se referem especificamente à utilização do MDAIF, como "colheita de dados através do modelo definido" E21, E23;
- Focos de atenção de enfermagem utilizados na avaliação familiar localizam-se nas três áreas avaliativas, sugerindo a apropriação das áreas de atenção descritas no MDAIF. Centram-se essencialmente nas dimensões de desenvolvimento e funcional, com maior enfoque no Papel Parental, Processo Familiar e Prestador de Cuidados;
- Maior congruência entre os focos citados pelos enfermeiros e a sua expressão na documentação referente à avaliação familiar, visto que existem registos relativos a todas as áreas de atenção descritas no MDAIF, embora maior prevalência nas que se reportam à dimensão estrutural, com um valor médio de 15,67, que é superior às restantes dimensões avaliativas;
- Documentação dos dados avaliativos que permitem a compreensão dos processos de tomada de decisão que levaram à formulação dos diagnósticos. É

na dimensão de desenvolvimento que são identificadas maior número de situações que requerem cuidados de enfermagem (52), integrando diagnósticos no âmbito do Papel Parental, Satisfação Conjugal, Planeamento Familiar e Adaptação à Gravidez.

- Maior valorização da avaliação de resultados, que permitirá analisar com maior efectividade a adaptação entre as intervenções e as mudanças planeadas: "Contínua colheita de dados" E12, "Avaliação Periódica das mudanças" E16, "Monitorização" E16, entre outras asserções. Evidencia-se ainda a coerência entre as várias etapas do processo de enfermagem, havendo referência aos critérios utilizados para a identificação de necessidades com as famílias.
- Os aspectos percepcionados pela equipa como impeditivos da prática de enfermagem de família são agora centrados na gestão do serviço, surgindo a sub-categoria "sub-sistema de gestão" com maior representatividade (38,18%). Apenas 17,39% dos enfermeiros se referem à família como obstáculo às práticas de enfermagem de família. Os enfermeiros já não se referem à inexistência ou não aplicabilidade de modelos conceptuais, nem ao deficit de formação em enfermagem de família, mas sim à não adequação do SAPE. Sobre este aspecto os enfermeiros mencionam o seu inadequado funcionamento operativo, referindo especificamente: "Mau funcionamento do SAPE" E11, E20, E23, "SAPE que não permite a visualização dos registos" E22, "SAPE não dinâmico" E17;
- Na generalidade, na descrição sobre uma situação específica de intervenção familiar, os enfermeiros descrevem a família como unidade de cuidados, focalizando-se em áreas de atenção familiares, nomeadamente: Processo Familiar, Planeamento Familiar, Rendimento Familiar, Papel de Prestador de Cuidados, Rendimento Familiar, Edifício Residencial, Adaptação à gravidez, e Satisfação Conjugal. Integram as áreas de atenção do MDAIF e enfatizam as interacções entre os membros da família;

Sobre a descrição das práticas que emergiu da análise da documentação produzida no SAPE, salientamos alguns aspectos que julgamos confirmar como a utilização do modelo co-construído se constituiu como um referencial da prática no contexto dos cuidados direccionados às famílias:

- Aumentou o número de contactos com as famílias para 166, o que correspondeu também a um aumento significativo de registos no âmbito da avaliação familiar, que totalizou 2116. A informação registada reporta-se a 81 famílias, situando-se anteriormente apenas em 11 famílias. Resultaram destes contactos a formulação de 207 diagnósticos que requereram cuidados de enfermagem centrados na família, como alvo de intervenção;

- A informação registada no âmbito da avaliação familiar, assim como diagnósticos distribuem-se pelas áreas de atenção definidas como relevantes no contexto dos cuidados centrados na unidade familiar, representando o Papel Parental o fenómeno que traduz maior necessidades de cuidados, com 49 registos.
- Aumento acentuado de registos que expressam o sistema familiar como a entidade a que se reporta o fenómeno explicitado, com maior relevância para o sub-sistema parental (3027).

Numa análise integrativa face ao impacto da mudança gerada pela co-construção e implementação do MDAIF como instrumento conceptual e metodológico, verificamos a incorporação da necessidade de uma prática centrada na família, com uma concepção de cuidados fundamentada no modelo co-construído. Além da descrição dos processos de tomada de decisão, evidenciou-se a congruência entre os discursos sobre as práticas e a documentação dos cuidados produzidos.

Com a realização desta alteração de mudança efectiva no contexto da prática, e com o envolvimento constante de todos os intervenientes nos processos anteriores, julgamos existirem condições para que de um paradigma e prática de cuidados centrados no indivíduo se passe para uma prática centrada na família como cliente, numa abordagem sistémica da mesma.

Nesta perspectiva, consideramos que o modelo apresenta sustentabilidade, dando contributos para o desenvolvimento da enfermagem de família, constituindo-se ainda como factor impulsionador de práticas centradas numa abordagem sistémica, potencializadora das forças e recursos das famílias.

A co-construção de um modelo de cuidados a partir das necessidades identificadas pelos enfermeiros e legitimado pelas tomadas de decisão dos mesmos, assumiu-se, ainda, como processo de discussão teórico e prático em enfermagem de família.

Discutindo com base num referencial de abordagem sistémica, emergindo constantemente a multidimensionalidade e complexidade inerentes aos cuidados à família, julgamos que a definição das áreas de intervenção permitiu a implementação de estratégias conducentes à produção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Cremos que com a implementação dos processos de mudança se tornou possível dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados direccionados à família como alvo dos cuidados. Contributo importante para a criação de espaços qualificantes geradores de conhecimento.

Julgamos, desta forma, ter contribuído para o progresso da profissão pela melhoria das práticas e também para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem de família.

6.2 – Limitações do Estudo

A evidência, assim como a nossa experiência anterior no contexto clínico no âmbito dos CSP, levou-nos a enfatizar o MCAF como referencial de sustentação para a co-construção de um modelo ajustado ao contexto. Embora o estudo se tenha centrado numa abordagem maioritariamente indutiva, o início do processo de redefinição do modelo em uso baseou-se num processo dedutivo a partir do Modelo Calgary de Avaliação da Família. Consideramos que, apesar do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar se caracterizar pela sua dinamicidade e diferenciar-se do modelo que o sustentou, se os debates de grupo se tivessem iniciado sem a discussão de conceitos a partir de uma estrutura conceptual já organizada, os resultados seriam provavelmente diferentes e o modelo que emergiu deste percurso co-evolutivo poderia incorporar outras particularidades.

Consideramos que, se tivéssemos optado por seleccionar mais do que um CS para o desenvolvimento da investigação, apesar de aumentar a complexidade do processo de mudança, teria permitido o aprofundamento de algumas dimensões do MDAIF, que julgamos necessitarem de maior reflexão e ajustamento.

Também a inclusão da equipa multiprofissional, em alguns momentos do ciclo, poderia ter contribuído para optimizar as potencialidades da equipa de enfermagem, pelo reconhecimento mais efectivo da importância de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem às famílias e subsequentemente o contributo dos enfermeiros na promoção da saúde familiar, no contexto de cuidados multidisciplinar.

A complexidade organizacional gerou em algumas etapas do processo flutuações do equilíbrio dinâmico entre as forças propulsoras para a mudança e as forças limitadoras. O processo de investigação-acção centrou-se na acção colaborativa cuja finalidade foi o envolvimento de todos os enfermeiros na mudança transformativa. Apesar das estratégias de mudança serem planeadas e validadas ao longo do processo, com a equipa, alguns factores contribuíram para a instabilidade já mencionada: a integração de novos elementos e a saída de outros da equipa; a pressão sentida por alguns participantes em se manterem no grupo de discussão pelo facto do estudo ser aprovado pela instituição e considerado pela mesma como promotor de melhores práticas de enfermagem; as mudanças contínuas a nível da gestão dos cuidados, percepcionadas como limitadoras de práticas inovadoras com as famílias. Além destes factores, realçamos a complexidade do estudo como um factor de instabilidade, no sentido em que a co-construção de um modelo centrado numa abordagem ecológica e sistémica dos cuidados de enfermagem centrados na família, constitui-se, de alguma forma, como uma trajectória de ruptura com o paradigma anterior, conforme os resultados discutidos na

primeira etapa do ciclo de estudos. Neste processo longo de interacções constantes entre os membros da equipa cuja centralidade localizou-se na reflexividade das suas práticas como recriação de conhecimento, alguns períodos caracterizaram-se pela tensão gerada entre os membros, pois apesar de reconhecerem a importância da mudança de paradigma e de práticas, sobrepunham-se os aspectos relacionados com as dificuldades manifestadas inicialmente (o tempo; as famílias; a gestão; a imagem social do enfermeiro, etc.) como factores constrangedores de um percurso que se pretendia centrado nas forças e potencialidades da equipa.

6.3 – Propostas para o Desenvolvimento de Novos Estudos

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar foi resultado da interacção estabelecida no contexto organizacional, onde foi desenvolvido. O processo de mudança caracterizou-se pela sua interactividade, permitindo verificar a aplicabilidade prática do modelo co-construído, sendo este o principal contributo deste estudo.

Emergiram deste estudo áreas fundamentais a investigar que permitam a avaliação do impacte na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem às famílias decorrentes da utilização do MDAIF como estrutura conceptual e metodológica:

- Avaliar o impacto da aplicação do MDAIF junto das famílias, integrado em planos de acção apreciativos focados no que o faz funcionar, no que correspondeu ou excedeu as expectativas e no que pode ser melhorado;
- Aprofundar a dimensão funcional expressiva do modelo, com a ampliação das categorias avaliativas, ajustadas às reais necessidades das famílias, considerando tanto a unicidade, quanto a diversidade dos seus processos de transição.
- Especificar as intervenções que integram o MDAIF, evidenciando as actividades clínicas que promovam o ajuste entre a mudança pretendida no funcionamento familiar e as intervenções propostas;
- Definir indicadores de estrutura, processo e resultado que permitam avaliar os ganhos em saúde que decorram das intervenções de enfermagem que constam do MDAIF;
- Desenvolver um catálogo CIPE® de enfermagem de família, que integre os subconjuntos diagnósticos, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

O progresso da enfermagem de família, enquanto área de conhecimento e de práticas, favorecerá o desenvolvimento de políticas de saúde mais conducentes à efectivação de

cuidados de enfermagem centrados na família, como unidade sistémica, assim como propiciará a regulação legal do papel do enfermeiro de família, pelo reconhecimento de um espaço de intervenção autónomo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parceiras para a Excelência em Saúde?* Coimbra: Formasau.

Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Rev Port Clin Geral , 23*, pp. 327-30.

Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 32*, pp. 6-17.

Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica.* Coimbra: Quarteto Editora.

Alfaro-Lefévre, R. (2002). *Aplicação do Processo de Enfermagem.* Porto Alegre: artmed.

Allen, F., & Warner, M. (2002). A Developmental Model of Health and Nursing . *Journal of Family Nursing, 8*, pp. 96-135.

Allmond, B., Buckman, W., & Gofman, H. (1979). *The family is the pacient.* St.Louis: C.V.Mosby.

Almeida, F. (1997). Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva , 2(½)*, pp. 5-23.

Althoff, C., Elsen, I., & Nitschke, R. (2004). *Pesquisando a família: olhares contemporâneos.* Florianópolis: Papa-Livro.

Amaral, J., & Paixão, A. (2007). Estratégias de Prevenção de acidentes na criança e adolescente. *Revista de Pediatria, 2(8)*, pp. 67-72.

Amaro, F. (2001). *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar.* Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.

Anaut, M. (2005). *a resiliência: ultrapassar os traumatismos.* Lisboa: Climepsi.

Anderson, K. (2000). The Family Health System Approach to Family Systems Nursing. *Journal of Family Nursing, 6 (2)*, pp. 103-119.

Andolfi, M. (1981). *A Terapia Familiar.* Lisboa: Editorial Vega.

Andolfi, M., & Haber, R. (1998). *Por favor ajude-me com esta família.* São Paulo: Artes Médicas.

Andrade, L., Martins, M., Barbieri, M., Figueiredo, M. H., Martinho, M., & Oliveira, P. (2008). Formar para Cuidar a Família, na licenciatura em Enfermagem. *I Congresso Orasi Construindo Melhores Famílias* (p. 39). Porto: Orasi.

Ângelo, M. (1999). Abrir-se para a Família: Superando Desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento, 1(1/2)*, pp. 7–14.

Ângelo, M., & Bousso, R (2008). *A enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família. Manual de Enfermagem.* Obtido em 22 de Maio de 2008 de Programa de Saúde de Familia: www.ids-saude.org.br/enfermagem: www.ids-saude.org.br/enfermagemcapturado

Ângelo, M., & Bousso, R. (2001). Buscando preservar a integridade da unidade familiar: A família vivendo experiência de ter um filho na UTI. *Revista Esc. Enf. USP, 35*, pp. 172-9.

Apóstolo, J., & Gameiro, M. (2005). Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise critica. *Referência, 2ª serie (1)*, pp. 29-38.

Arias, A., & Herrera, J. (1994). El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. *Colombia Médica, 25*, pp. 26-28.

Ariés, P. (1978). *História Social da Criança e da Família.* Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Associação Americana de Psicologia, A. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.* Lisboa: Climepsi.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Paunonen, M., & Nieminen, H. (1998). Education of Family Nursing Specialists at the University of Tampere, Finland. *Journal of Family Nursing, 4*, pp. 350 - 357.

Athayde, E., & Gil, C. (2005). Possibilidades do uso do genograma no trabalho cotidiano dos médicos das equipes de saúde da família de Londrina. *Revista Espaço para a Saúde, 6(2)*, pp. 13-22.

Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias.* Lisboa: Climepsi .

Ausloos, G. (2007). *La crise: accident ou occasion, une vision systémique.* Obtido em 2 de Novembro de 2008, de Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar: http://www.sptf.pt/m1/1212772578criseguy.pdf

Barbosa, M., Medeiros, M., Prado, M., Bachion, M., & Brasi, l. V. (2004). Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. *Revista Eletrônica de Enfermagem , 06(1)*, pp. 09-15.

Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

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

Barnes, J. (1954). Class and committees in a Norwegian island parish. *Human Relations, 7(1)*, pp. 39-54.

Bateson, G. (1984). *Metadialogos.* Lisboa: Gradiva.

Bateson, G. (1987). *Natureza e espírito.* Lisboa: D. Quixote.

Bateson, G. (1999). *Una Unidad Sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente.* Barcelona: gedisa.

Belardinelli, S. (2002). The evolution of family institution and its impact on society and business. *Family Business Review , XV(3)*, pp. 169-173.

Bell, J. (2005a). 10th Anniversary of the Journal of Family Nursing. *Journal of Family Nursing, 11*, pp. 3-4.

Bell, J. (2002). 20th Anniversary of the Family Nursing Unit. *Journal of Family Nursing , 8*, pp. 175 - 177.

Bell, J. (2005b). Editor's Note: Highlights From the 7th International Family Nursing Conference. *Journal of Family Nursing, 11*, pp. 324-326.

Bell, J. M., & Wright, L. M. (1995). L'avenir de la recherché en soins infirmiers de la famille: les interventions. In Duhamel, *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers* (pp. 87-99). Montréal: Gaëtan Morin Editeu.

Bell, J. (2000). Reflections on the 5th International Family Nursing Conference, Chicago. *Journal of Family Nursing , 6*, pp. 317 - 319.

Bell, J. (2008). The Family Nursing Unit, University of Calgary: Reflections on 25 Years of Clinical Scholarship(1982-2007)and Closure Announcement. *Journal of Family Nursing, 14*, pp. 275 - 288.

Bell, J., & Wright, L. (1995). L'avenir de la recherché en soins infirmiers de la famille: les intervention. In F. Duhamel, *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmier* (pp. 87-99). Montréal: Gaëtan Morin Editeu.

Bell, J., Watson, W., & Wright, L. (1990). *The cutting edge os family nursing.* Calgary: Family Nursing Unit Publications.

Bem, L., & Wagner, A. (2006). Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. *Psicologia em Estudo, 11(1)*, pp. 63-71.

Benjumea, C. (1998). Contribución de la investigación a la práctica clínica de los cuidados de enfermaría: la perspectiva de la investigación cualitativa. *Enfemería Clínica, 8(4)*, pp. 38-42.

Benjumea, C. (1995). Familia y salud. *Revista Rol de Enfermeria , 203-204*, pp. 21-24.

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

Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1996). *Expertise in Nursing practice, caring, clinical judgment and ethics.* New York: Springer Publishing Company.

Bénoit, J. (2004). *Tratamentos das perturbações familiares.* Lisboa : Climepsi.

Bénoit, J., Malarewicz, J., Beaujean, J., Colas, Y., & Kannas, S. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques.* Paris: ESF.

Benzein, E., & Saveman, B. (2006). 2nd Nordic Family Nursing Conference in Kalmar, Sweden: A Brief Report. *Journal of Family Nursing, 12*, pp. 344 - 345.

Benzein, E., Jonhansson, P., Årestedt, K., & Saveman, B. (2008). Nurses' Attitudes About the Importance of Families in Nursing Care A Survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing, 14*, pp. 162-180.

Benzein, E., Jonhansson, P., Årestedt, K., Berg, A., & Saveman, B. (2008). Families' Importance in Nursing Care Nurses' Attitudes — An Instrument Developmen. *Journal of Family Nursing, 14*, pp. 97-117.

Bertalanffy, V. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas.* Petrópolis: Editora Vozes.

Bertand, Y., & Guillemet, P. (1994). *Organizações: Uma Abordagem Sistémica.* Lisboa: Instituto Piaget.

Biasoli-Alves, Z. (1999). Relações Familiares. *Texto e Contexto Enferm, 8(2)*, pp. 229-241.

Black, K., & Lobo, M. (2008). A Conceptual Review of Famíly Resilience Factors. *14*, pp. 33-55.

Bluestein, D., & Rutledge, C. (1993). Family relationships and depressive symptom preceding induced abortion. *Family Practice Research Journal, 13*, pp. 149-156.

Bobak, I., Lowdernilk, D., & Deitra, L. (1999). *Enfermagem na Maternidade.* Loures: Lusociência.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação, uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto Editora.

Bomar, P. J. (2004). *Promoting Health in Families – Applying Family Research and Theory to Nursing Practice.* United States: Saunders.

Bomar, P. (1996). *Nurses and Family Health Promotion: Concepts, Assessment, and Interventions.* Philadelphia: Saunders.

Bordenave, J., & Pereira, A. (1989). *Estratégias de ensino-aprendizagem.* Petrópolis: Vozes.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1993). *A terapia familiar sistêmica de Milão.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Bott, E. (1957). *Family and Social Networks: Roles, Normes and External Relationships in Ordinary Urban Familes.* Londres: Tavistock Publications.

Bousso, R., & Angelo, M. (2001). *A enfermagem e o cuidado na saúde da família*. Obtido em 9 de Abril de 2006, de Programa de Saúde da Família - Manual de Enfermagem: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149

Bousso, R., Tito, R., & Pires. (2006). 5 Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem. In E. Leão, & C. L., *A Família Convivendo com a dor Crônica* (Vol. capítulo 25, pp. 161-182). São Paulo: Martinar.

Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Pratice.* Nova York: Janson Aronson.

Bowlby, J. (1990). *Apego.* São Paulo: Mateus Fontes.

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Jounal of Psychiatry , 130*, pp. 201-210.

Boyd, C. (1993). Philosophical foundations of qualitative research. In P. Munhal, & C. Boyd, *Nursing research, a qualitative perspective.* New York: National League for Nursing.

Bozon, M. (2003). A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle? Comparaisons mondiales et évolutions récentes. *Population et Sociétés* , p. 4.

Braga, C., & Cruz, D. (2003). A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Rev. Latino-Am. Enfermagem , 11(2)*, pp. 240-244.

Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos.* Coimbra: Quarteto Editora.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.* Cambridge: Massachusetts: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The Ecology of developmental Process. In W. Damon, & R. Lerner, *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (pp. 993-1028). New York: Wiley.

Burguiére, A., Christianee, K., Segalen, M., & Zonabend, F. (1998). *História da Família. O Choque das Modernidades: Àsia, Àfrica, América, Europa* (Vol. 3). Lisboa: Terramar.

Burguiére, A., Christianee, K., Segalen, M., & Zonabend, F. (1999). *História da Família. O Ocidente: Industrialização e Urbanização.* (Vol. 4). Lisboa: Terramar.

Caeiro, R. (1991). *Registos Clínicos em Medicina Familiar.* Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul.

Capra, F. (1996). *A Teia da Vida.* São Paulo: Editora Cultrix.

Carneiro, T. (1983). *Família, diagnóstico e terapia.* Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Carpenito, J. (2003). *Manual de diagnósticos em enfermagem.* Porto Alegre: Artmed.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). Overview: The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives. In B. Carter, & M. McGoldrick, *The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives* (pp. 1-26). Boston: Allyn and Bacon.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1998). The divorce cycle: A major variation in the American family life cycle. In B. M. Carter, *The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives* (pp. 373-380). Boston: Allyn and Bacon.

Carver, C., & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressfultransaction. *Journal of Personality and Social Psychology , 66*, pp. 184-195.

Casey, J. (1989). *História da Família.* Lisboa: Teorema.

Castells, M. (1999). *O poder da identidade.* São Paulo: Paz e Terra.

Ceballos, E., & Rodrigo, M. (1998). Las metas y estrategiasde socialización entre padres e hijo. In M. Rodrigo, & J. Palácios, *Familia y desarrollo humano* (pp. 225-243). Madrid: Alianza editorial.

Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity and neutrality revisted: na invation to curiosity. *Family Process , 26(4)*, pp. 405-413.

Centa, M., Albuquerque, M., & Arcoverde, M. (2004). Realidade Vivenciada pelos Enfermeiros em Programa de Saúde da Família. *Fam. Saúde Desenv , 6(1)*, pp. 9-16.

Cerveny, C., & Berthoud, C. (1997). *Família e Ciclo Vital: Nossa Realidade e Pesquisa.* São Paulo: Casa do psicólogo.

Chilman, C. (1991). Working poor families: Trends, causes, effects, and suggested policies. *Family Relations , 40*, pp. 191-198.

Christensen, J., & Alexander, M. (1993). *Nursing Partnership a Model for Nursing Practice.* New York: Churchill Livingstone.

Clemen-Stone, S., Eigisti, D., & McGuire, S. (1987). *Comprehensive family and community health nursing.* St. Louis: McGraw- Hill.

Clover, R., Abell, T., Becker, L., & Crawford, S. (1989). Family functioning and stress as predictors of influenza B infection. *Journal of Family Practice , 28*, pp. 535-539.

Cohen, L., & Manion, L. (1990). *Research methods in education.* London: Routledge.

Colaço, N. (1993). Sistema Familiar e suas disfunções. *Infância e Juventude* , pp. 67-77.

Coleta R., E. I., & Rosane, G. (2004). *Pesquisando a Família.* Florianópolis: Papa-Livro.

Colliére, M. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Costa, M. (2005). *À procura da intimidade.* Lisboa: Edições ASA.

Cruz, D. (2001). A inserção do diagnóstico de enfermagem no processo assistencial. In T. Cianciarullo, D. Gualda, M. Melleiro, & M. Anabuki, *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências* (pp. 63-84). São Paulo: Ícone.

Curral, D. (1983). *Traits of a Health Family.* Minneapolis: MN: Winston Press.

Curral, R., Dourado, F., Torres, R., Barros, H., Pilha, P., & Almeida, L. (1999). Coesão e Adaptabilidade Familiares numa amostra Portuguesa: Estudo com o FACES III. *Psiquiatria Clínica , 20(3)*, pp. 213-217.

Curry, D. (2007). Does International Family Nursing Need a Professional Organization? *Journal of Family Nursing , 13*, pp. 395-402.

Cutsem, C. (2004). *A Família Recomposta Entre o Desafio e a Incerteza.* Lisboa:: Instituto Piaget.

Cyrulnik, B. (1995). *Nutrir os Afectos.* Lisboa: Instituto Piaget.

Damião, E., & Angelo, M. (2001). A experiência da família ao conviver com a doença crônica da criança. *Rev Esc Enf USP , 35(1)*, pp. 66-71.

De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve.* Barcelona: Paidós.

Deans, A. (2007). *A Biblia da Gravidez.* Lisboa: Editorial Estampa.

Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro. *Diário da República nº12/93 - I Série A.* Ministério da Saúde: Lisboa.

Decreto-Lei nº 243/01. *Diário da República nº206/01 - Série I A* . Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território: Lisboa.

Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio. *Diário da República nº108/99 - I Série A.* Ministério da Saúde: Lisboa.

Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008. *Diário da República nº 38/2008 - I Série A.* Ministério da Saúde: Lisboa.

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

Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro.Organização do Ministério da Saúde e da Assistência. (s.d.). Ministério da Saúde e Assistência.

Decreto-Lei nº 89/09 de 9 de Abril. *Diário da República nº70/09 - I Série A* . Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social: Lisboa.

Decreto-Lei nº 89/2005 de 3 de Junho. Diário da República nº 107 - I Série A. Ministério da Saúde: Lisboa.

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

Decreto-Lei nº163/06 de 8 de Agosto. *Diário da República nº152/06, I SÉRIE A* . Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.: Lisboa.

Decreto-Lei nº60/2003 de 1 de Abril. *Diário da República nº33/ 2003, I-A Série* . Ministério da Saúde: lisboa.

Decreto-Lei nº91/2009 de 9 de Abril. *Diário da República nº70 - I SÉRIE A* . Ministério das Finanças e da Administração Pública: Lisboa.

Dela Coleta, M. (1989). A medida de satisfação conjugal : adaptação de uma escala. *Psico, 18, nº 2*, pp. 90-112.

Demo, P. (2000). *Metodologia do Conhecimento Científico.* São Paulo: Editora Atlas.

Denham, S. (2003a). *Famíly Health. A Framework for Nursing.* Philadelphia: F.A.Davis Publishers.

Denham, S. (2003b). Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health. *Journal of Family Nursing , 9*, pp. 305-330.

Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). Entering the field of qualitative research. In N. Denzin, & N. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 1-17). Thousand Oaks, CA: Sage.

Despacho Normativo nº 9/2006. *Diário da República nº 34/2006 - I Série B.* Ministério da Saúde: Lisboa.

Despacho Normativo nº97/83 de 22 de Abril. (1983). *Diário da República nº93/83, I-A Série* . Ministério da Saúde.: Lisboa.

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

Diógenes, M., & Varela, Z. (2004). Aplicação do Modelo Calgary de avaliação em família de gestante portadora de pailomavirus. *Rev. Enfermagem UERJ , 12(2)*, pp. 199-204.

Dircção-Geral da Saúde. (2005). Programa Nacional de Vacinação. *Circular Normativa Nº 08/DT* . Lisboa: DGS.

Direcção- Geral da Saúde. (2006). *Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais.Circular Normativa nº2/DSMIA* . Lisboa: DGS.

Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004 – 2010. (Vol I e II)* . Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral da Saúde.Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2006). Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar.* Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2005). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. *Circular Normativa Nº 01/DSE.* Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. (2005). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes . *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação.* . Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2001). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Orientações Técnicas 9.* DGS.

Doane, G., & Varcoe, C. (2006). Highlights From the 7th International FamilNursing Conference: Plenary Address: The "Hard Spots" of Family Nursing: Connecting Across Difference and Diversity. *Journal of Family Nursing , 12*, pp. 7-21.

Doenges, & Moorhouse. (1994). *A aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem. Um texto interactivo.* Lisboa: Lusodidacta.

Doise, W., Clémence, A., & Lorenzi-Cioldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyses de données.* Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.

Domingos, A., Neves, I., & Galhardo, L. (1981). *Uma forma de estruturar o ensino e a aprendizagem.* Lisboa: Livros Horizonte.

Donnelly, E. (1990). Health promotion, families, and diagnosis process. *Family and Community Health , 12*, pp. 12-20.

Dorothee, J., & O`Sullivan, B. M. (2005). Family Nursing: Challenges and Opportunities: Wath Will the Challanges for Family Nursing Be Over the Next Few Years? *Journal of Family Nursing , 11(4)*, pp. 332-335.

Dorsay, J. (2002). Video Review. *Journal of Family Nursing , 8*, pp. 301 - 302.

Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers.* Montréal: Gaetan Morin éditeur.

Duvall, R., & Miller, B. (1985). *Marriage and family Development.* New York: Harper & Row, Publishers.

Elkaim, M. (1998). *Panorama das terapias familiares.* São Paulo: Summus.

Elsen, I., Aalthoff, C., & Manfrini, G. (2001). Saúde da família: desafios teóricos. *Família, Saúde e Desenvolvimento , 3(2)*, pp. 83-163.

Elsen, I., Coleta, R., & Gisele, C. (1994). *Marcos para a prática de enfermagem com famílias.* Florianópolis: UFSC.

Elsen, I., Marcon, S., & Silva.M. (2002). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.* Eduem: Maringá.

Engels, F. (2000). *A origem da família, da propriedade privada e do Estado.* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Enricone, D., Sant`Anna, F., André, L., & Turra, C. (1992). *Planejamento de Ensino e Avaliação.* Porto Alegre: SAGRA.

Espada, J. (2004). Família e Politicas Sociais. Parede: Princípia Editora.

Estrela, A. (1994). *Teoria e prática de observação de classes. Uma estratégia de formação de professores.* Porto: Porto Editora.

Falicov, C. (1988). *Family transitions: Continuity and change over the life cycle.* New York: Guilford Press.

Falicov, C. (1998). The cultural meaning of family of family triangles. In M. McGoldrick, *Re-visioning family therapy: race, culture and gender in clinical practice* (pp. 37-49). New York: Guilford Press.

Fantini, K. (2005). A família em fase de aquisição: repensando promoção e prevenção em saúde bucal. *Fam.Saúde Desenv , 7(3)*, pp. 272-278.

Fawcett, J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing.* Philadelphia: F.A.Davis.

Fawcett, J. (1991). *Family theory developement in nursing: State of the science and art.* Philadelphia: F.A.Davis.

Feetham, S. (1991). Conceptual and methodological issues in research of families. In A. Whall, & J. Fawcett, *Family theory developement in nursing: State of the science and art* (pp. 55-68). Philadelphia: F.A.Davis.

Feetham, S., Meister, S., Bell, J., & Gilliss, C. (1993). *The nursing of families : Theory, research,education and practice.* Newbury ParK: Sage Publications.

Fernandes, F. (2005). *Factores Biopsicológicos e Dinâmica Familiar na Doença Asmática.* Porto: Tese Doutoramento em Medicina apresentada na Faculdade Medicina da Universidade do Porto.

Fernandes, O. (1995). *Família e emigração.* Coimbra: Tese de Mestrado apresentada na Faculdade Psicologoa e Ciências da Educação da Universidade Coimbra.

Ferreira, F. G. (1990). *Moderna Saúde Pública.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Figueiredo, M. (2002b). Contributos para a clarificação do conceito de Enfermagem de Família. *Revista Sinais Vitais , 45*, pp. 31-34.

Figueiredo, M. (2002a). Necessidades em Cuidados de Enfermagem das Famílias de Crianças com Doença Cardíaca Congénita: uma abordagem sistémica da família. *Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Figueiredo, M. (2003). *Representação social da doença e do seu efeito nas práticas familiares.* Porto: Tese de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.

Figueiredo, M. (2006). Sistema Familiar e Cuidados de Enfermagem. *SERVIR , 54, nº 1*, pp. 11-14.

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP , 3*.

Figueiredo, P. (2005). *A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento.* Obtido em 23 de Fevereiro de 2007, de Ciências & Cognição, Ano 02, Vol.06: www.cienciasecognicao.org

Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica.* Lisboa: Monitor.

Foerster, H. (1996). *Las Semillas de La Cibernetica Obras escogidas.* Barcelona: gedisa.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociência.

Friedemann, M. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing , 14*, pp. 211-6.

Friedemann, M. (1999). The concept of family nursing. In G. Wegner, & R. Alexander, *Readings in family nursing* (pp. 13-22). Philadelphia: J.B.Lippincott Company.

Friedman, M. (1998). *Family nursing : Research, theory and practice.* Stamford: Appleton& Lange.

Friedman, M., & Levac, A. (1998). The Family Nursing Process. In M. Friedman, *Family nursing : Research, theory and practice* (pp. 49-66). Stamford: Appleton & Lange.

Galera, S., & Villar, L. (2002). *O princípio da neutralidade como estratégia de interação enfermeira - família.* Obtido em 07 de Julho de 2008, de Anais do 8.º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100040&lng=pt&nrm=iso>

Galvão, D. (2006). *Amamentação bem sucedida:alguns factores determinantes.* Loures: Lusociência.

Gameiro, A. (2007). *Entre Marido e Mulher… Terapia de casal.* Lisboa: Trilhos.

Gameiro, A. (1994). Famílias monoparentais – aspectos sociais. *Hospitalidade , 229*, pp. 62-76.

Gammer, C., & Cabié, M. (1999). *Adolescência e crise familiar.* Lisboa: Climepsi.

Garcia, R. (2006). *Quando um cônjuge está deprimido …O papel da vinculação, si suporte conjugal e das estratégias de coping na adaptação conjugal à depressão.* Lisboa: Tese de Mestrado em Psicologia apresentada Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade Lisboa.

Garcia, T., Nóbrega, M., & Carvalho, E. (2004). *Processo de Enfermagem: Aplicação à Prática Profissional.* Obtido em 13 de Março de 2008 , de http://www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm

George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Giddens, A. (1993). *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas.* São Paulo: UNESP.

Giddens, A. (2004). *Sociologia.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gilliss, C. (1991). Family nursing research,theory and practice. *Journal of Nursing Scholarship , 23(1)*, pp. 19-22.

Gilliss, C., Highley, B., Roberts, B., & Martinson, I. (1989). *Toward a science of family nursing.* Menlo Park: Addison-Wesley.

Gilliss, C. (1998). Family Nursing Research, Theory and Pratice. In G. Wegner, & R. Alexander, *Readings in family nursing* (pp.34-43). Philadelphia: J.B.Lippincott Company.

Gillisss, C. H. (1989). *Toward a science of family nursing.* Menlo Park,CA: Addison-Wesley.

Gimeno, A. (2001). *A família, o desafio da diversidade.* Lisboa: Instituto Piaget.

Goldrick, M., & Gerson, R. (2003). *Genogramas en la evaluacion Familiar.* Barcelona: Gedisa.

Gomes, M., Gaiva, M., & Oliveira, R. (2002). Concepções de um grupo de enfermeiras sobre família. *Fam. Saúde Desenv. , 4(1)*, pp. 60-67.

Goodell, T., & Hanson, S. (1999). Nurse-Family Interactions in Adult Critical Care: A Bowen Family Systems Perspectiv. *Journal of Family Nursing , 5*, pp. 72 - 91.

Goossen, W. (2000). Uso de registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. . *Enfermagem , 18*, pp. 5-22.

Gordon, M. (1982). *Nursing Diagnosis: Process and aplication.* New York: McGraw- Hill.

Gottman, J., & Silver, N. (2000). *The Seven Principles for Making Marriage Work.* New York : Three Rivers Pr.

Goudreau, J., & Ricard, N. (2006). The Impact of a Family Systems Nursing Educational Program on the Practice of Psychiatric Nurses: A Pilot Study . *Journal of Family Nursing , 12*, pp. 292 - 306.

Graça, L. (1992). Trabalho em equipa uma nova lógica da organização do trabalho e de participação da gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública , 10 (1)*, pp. 5-18.

Graffar, M. (1956). *Une méthode de classification sociale d`échautillons de la population.* Bruxelas : Courrier.

Grandesso, M. (2000). *Sobre a reconstrução do significado : Uma análise epistemológica e hermeneutica da prática clínica.* São Paulo: Casa do Psicologo.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). *Competing Paradigms in Qualitative Research.* Newbury Park: SAGE.

Häggman-Laitila, A. (2005). Families' Experiences of Support Provided by Resource-Oriented Family Professionals in Finland. *Journal of Family Nursing , 3*, pp. 195-224.

Haley, J. (1974). *Tratamento de la Familia.* Barcelona: Toray.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação.* Camarate: Lusociência.

Hanson, S., & Boyd, S. (1996). *Family health care nursing: Theory, pratice, and research.* Philadelphia: F.A.Davis.

Hanson, S., & KaaKinen, J. (1999). Avaliação familiar de enfermagem. In M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem comunitária : promoção da saúde de grupos, famílias a indivíduos* (pp. 543-566). Loures: Lusociência.

Hart, E., & Bond, M. (1995). Developing action research in nursing. *Nursing Research , 2(3)*, 4-13.

Hartman, A. (1995). Diagrammatic assessment of family relationships. Families in society. *ProQuest Psychology Jounals , 76(2)*, p. 111.

Hartman, B., & Millea, P. (1996). When belief systems collide: The rise and decline of the diease concept of alcoholism. *Journal of Systemic Therapies , 35(3)*, pp. 36-47.

Hawely, D., & DeHann, L. (1996). Toward a definition of family resilience: integrating life span and family perspectives. *Family Process , 35*, 283-298.

Heirborn, M. (1999). *Sexualidade: O olhar das ciências sociais.* Rio de Janeiro: Zaha.

Hennessy, D., & Gladin, L. (2006). *The report on the evaluation of the WHO multi-country family health nurse pilot study.* Obtido em 15 de Maio de 2008, de OMS: htttp://www.who.int/en/

Hill, R. (1965). *Challenges ans Resources for Family Development: Families Mobility in Our Dynamics Society.* Ames, IA: Iowa State University.

Hoffman, L. (1990). Constructing realities. An art of lenses. *Family Process. , 29*, pp. 2-12.

Hoffman, L. (2003). *Terapia Familiar.* Lisboa: Climepsi Editores.

Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustement Riting Scale. *J Psychsomatic Research , 11*, p. 213.

Holter, I., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing* (18), pp. 298-304.

Holtslander, L. (2005). Clinical Application of the 15-Minute Family Interview: Addressing the Needs of Postpartum Families. *Journal of Family Nursing , 11*, pp. 5-11.

Imber-Black, B. (1994). *Os segredos na família e na terapia familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Instituto Nacional de Estatistica. (26 de Junho de 2001). *Censos 2001.* Obtido em 2 de Agosto de 2005, de Portal de Estatísticas Oficiais INE: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=70634&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (10 de Maio de 2007). *Informação à Comunicação Social: Dia Internacional da Família.* Obtido em 3 de Outubro de 2007, de Portal de Estatísticas Oficiais INE: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=5518500&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Revista de Estudos Demográficos - Nº 33 - 1.º Semestre de 2003.* Obtido em 23 de Julho de 2005, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=378572&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. (Março de 2002). *Revista de Estudos Demográficos* , pp. 187-208.

International Council of Nurses. (2002a). *Nurses always for you: caring for families* . Geneva: ICN.

International Council of Nurses. (2002b). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP: Versão Beta2* . Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nurses. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0* . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Organization for Standardization. (2003). *Health informatics – Integration of a reference terminology model for nursing.* Geneva: ISO.

Johnson, B. (2000). Family-Centered Care: Four Decades of Progress. Families, Systems and Health. *The Journal of Collaborative Family Health Care , 18(2)*, pp. 133-156.

Jones, E. (2004). *Terapia dos sistemas familiares.* Lisboa: Climepsi Editores .

Jongenelen, I., & Soares, I. (1999). Abordagem desenvolvimental da gravidez na adolescência. *Psicologia: teoria, investigação e prática , Vol.4, nº1* , pp. 63-83.

Josephson, A., Bernet, W., Bukstein, O., & Walter, H. (2007). Practice Parameter for the Assessment of the Family. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* , pp. 46(7):922-937.

Kellerhals, J., Pierre-Yves, T., & Lazega, E. (1989). *Microssociologia da Família.* Mem Martins: Europa-América.

Knauth, D. (2003). Family Secrets: An Illustrative Clinical Case Study Guided by Bowen Family Systems Theory. *Journal of Family Nursing , 9*, pp. 331 - 344.

Kouneski, E. (2000). *The Family Circumplex Model, FACES II, and FACES III: Overview of Research and applications.* Twin Cities: University Minnesota.

Lackey, N., & Walker, L. (1998). An Ecological framework for Family Nursing Pratice And Research. In B. Vaughan-Cole, M. Jonhson, J. Malone, & B. Walker, *Family Nursing Practice* (pp. 38-60). Philadelphia: Paperback.

Lansberry, C., & Richards, E. (1992). Family nursing practice paradigm perspectives and diagnostic approaches. *Advances in Nursing Science , 15(2)*, pp. 66-75.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). The concept of coping. In R. Monat, & R. Lazarus, *Stress and Coping* (pp. 189-205). New York: Columbia University Press.

Le Boterf, G. (2005). *Construir as Competências Individuais e Colectivas.* Alfragide: Edições ASA.

Le Boterf, G., Durand-Gasselin, P., & Pechenart, J. (1999). *Comment investir en formation.* Paris: Les Editions d´ Organisation.

Le Moigne, J. (1999). *O Construtivismo Dos Fundamentos.* Lisboa: Instituto Piaget.

Leahey.M., Harper-Jaques, S., Stout, L., & Levac, A. (1995). The impact of a family systems nursing approach: Nurses` perceptions. *Journal of Continuing Education in Nursing , 26*, pp. 219-225.

LeGrow, K., & Rossen, B. (2005). Development of Professional Practice Based on a Family Systems Nursing Framework: Nurses' and Families' Experiences. *Journal of Family Nursing , 11*, pp. 38 - 58.

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. (s.d.). Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto. Lei de Bases da Saúde. *Diário da República nº 195/90, I-A Série* . Ministério da Saúde.: Lisboa.

Leite, S. (2003). Famílias em Portugal: breve caracterização sócio-demográfica com base nos Censos 1991 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos* , pp. 23-38.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2005). *Investigação Qualitativa: fundamentos de enfermagem.* Lisboa: Instituto Piaget.

Levi-Strauss, C., Gough, K., & Spiro, M. (1977). *A família como instituição.* Porto: Rés Editora.

Lewin, K. (1952). *Field Theory in Social Sciene.* Londres: Tavistock Publications.

Lourenço, M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência. a adolescente, a família e a escola.* Lisboa: Fim de Século Edições LDA.

Loveland-Cherry, C. (2006). Where Is the Family in Family Interventions? *Journal of Family Nursing , 12(1)*, pp. 4-6.

Lowdermilk, D., Perry, S., & Bobak, I. (2002). *O Cuidado de Enfermagem Materna.* Porto Alegre: Artmed.

Luney, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem.* Porto Alegre: Artmed.

Machado, H. (2005). Reflexões sobre concepções de famílias e empresas familiares. *Psicologia em Estudo , 10(2)*, pp. 317-323.

Mager, R. (1975). *Como definir objectivos pedagógicos.* Lisboa: Arco-Iris.

Marau, J. (2007). O Desenho Infantil e o Círculo Familiar de Thrower em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral , 23*, pp. 319-25.

Marcon, S., Waidman, M., Decesaro, M., & Arêas, M. (2006). Produzindo conhecimento sobre a família: a contribuição do Sul do Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem , 19(1)*, pp. 21-27.

Marinheiro, P. (2002). *Enfermagem de Ligação.* Coimbra: Quarteto.

Martinez, A. D., Rennick, & J. (2007). Does the 15-Minute (or Less) Family Interview Influence Family Nursing Practice. *Journal of Family Nursi , 13*, pp. 157-178.

Martins, C., Fonseca, I., & Costa, P. (2000). Uma avó e dois netos adolescentes: um "agregado" de problemas. *Rev Port Clin Geral , 16*, pp. 313-28.

Martins, M. (2003). A família, um suporte ao cuidar. *Revista Sinais Vitais , 50*, pp. 52-56.

Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC.* Coimbra: Formasau.

Masuda, M., & Holames, T. (1978). Life Events: Perceptions and Frequencies. *Psychosomatic Medicine , 40(3)*, pp. 236-271.

Matos, I. (2007). *Famílias e comportamentos sexuais de risco nos adolescentes.* Aveiro: Tese de Mestrado apresentada no Departamento de Ciências e Educação Universidade de Aveiro.

Maturana, H. (1997). *A Ontologia da Realidade.* Belo Horizonte: UFMG.

Maturana, H., & Varela, F. (2005). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano.* São Paulo: Palas Athena.

Maturana, H., & Varela, F. (1997). *De máquinas e seres vivos. Autopoiese, a Organização do Vivo.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão Panorâmica da Investigação-Acção.* Porto: Porto Editora.

McCubbin, H., & McCubbin, M. (1988). Typologies of resilient families: emerging roles of social classe and ethnicity. *Family Relations , 37*, pp. 247-254.

McCubbin, M. (1993). Family Stress Theory and the Development of Nursing Knowledge About Family Adaptation. In S. Feetham, S. Meister, J. Bell, & C. Gillis, *The Nursing of Families* (pp. 46-58). New Bury Park: Sage.

McFarland, G., McFarlane, & Mosby., E. (1993). *Nursing diagnosis and intervention.* St. Louis: Mosby.

McFarlene, J. (1986). *The clinical handbook of family nursing.* New York: Jonh Wiley & Sons.

McGoldrick, M., & Carter, E. (1982). The family life cycle. In F. Walsh, *Normal Family Processes.* New York: Guilford.

McGoldrick, M., & Gerson, R. (1995). Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In B. Carter, & M. McGoldrick, *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 144-164). Porto Alegre: Artes Médicas.

McKay, J., & Marshall, P. (1999). *Does It Equal Action Research?* Obtido em 13 de Maio de 2005, de Proceding 10thAustralasian Conference on Information Systems: www. Vuw.ac.nz/acis99/Papers/PaperMcKayMarshall – 129.pdf

Meiers, S., Tomlinson, P., & Peden-McAlpine, C. (2007). Development of the Family Nurse Caring Belief Scale (FNCBS. *Journal of Family Nursing , 13*, pp. 484 - 502.

Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances In Nursing Science , 9*, pp. 12-28.

Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: development and progress.* Philadelphia: Lippincott

Mello, F., Viera, C., Simpionato, E., Biasoli-Alves, Z., & Nascimento, L. C. (2005). Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum , 15(1)*, pp. 78-88,.

Mendes, I. (2002). *Ligação materno-fetal – contributo para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento.* Coimbra: Quarteto Editora.

Ministério da Saúde. (2006). Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Minuchin, S. (1990). *Famílias. Funcionamento e tratamento.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S., & Fishman, H. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S., & Nichols, M. (1995). *A Cura da Familia.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Montefusco, S., Bachion, M., & Nakatani, A. (2007). Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o Modelo Calgary e a Taxonomia da NANDA. *Texto & Contexto Enfermagem , 17 (1)*, pp. 72-80.

Moreno, J. (1951). *Sociometry, Experimental Method and Science of Society.* Nova Iorque: Beacon House.

Moriarty, P., & Wagner, L. (2004). Family Rituals That Provide Meaning for Single-Parent Families. *Journal of Family Nursin , 10*, pp. 190-210.

Morin, E. (1992). *As grandes questões do nosso tempo.* Lisboa: Editorial Notícias.

Morin, E. (1982). *Ciência com Consciência.* Mem Martins: Publicações Europa-América.

Morin, E. (2004). *Introducción al pensamento complejo.* Barcelona: Gedisa.

Morin, E. (1977). *O método. A natureza da natureza.* Lisboa: Publicações Europa-América.

Morse, J. (2007). *Aspectos essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa.* Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

Moules, N., & Streitberger, S. (1997). Stories of Suffering, Stories of Strength: Narrative Influences in Family Nursing. *Journal of Family Nursing, 3*, pp. 365 – 377.

Moules, N., & Tapp, D. (2003). Family Nursing Labs: Shifts, Changes, and Innovations. *Journal of Family Nursing, 9(1)*, pp. 101-117.

Moura, L., Kantorski, L., & Galera, S. (2006). Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipa de saúde da família. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 27 (1)*, pp. 35-44.

Munhal, P., & Boyd, C. (1993). *Nursing research, a qualitative perspective.* New York: National League for Nursing .

Muñoz, J., Quintero, J., & Munévar, R. (2002). Experiences from reflective action-research in a teacher education program in Colombia. *Revista Electrónica de Investigación Educativa, 4(1)*, pp. 66-79.

Narciso, I., & Costa, M. (2002). Percursos de Mudança na qualidade conjugal: fragmentos de um estudo sobre conjugalidades satisfeitas. *Cadernos de Consulta Psicológica, 17/18*, pp. 197-214.

Nascimento, L., Rocha, S., & Hayes, V. (2005). Contribuições do Genograma e do Ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. *Texto Contexto Enferm, 14(2)*, pp. 280-6.

Nettle, C., Pavelich, J., Jones, N., Beltz, C., Laboon, P., & Piffer, P. (1993). Family as Client: Using Gordon`s Health Pattern Typology. *Journal of Community Health Nursing, 10(1)*, pp. 53-61.

Neuman, B. (1982). *The Neuman Systems Model: Application to Nursing Education and Pratice.* Norwalk: Appleton-Century-Crofts.

Nichols, M., & Schwartz, R. (1998). *Terapia Familiar, Conceitos e Métodos.* Porto Alegre: Artmed.

Nielsen, J. (1990). *Sex and gender in society. Perspectives on stratification.* Prospect Heights: Waveland Press.

Nogueira, C. (2001). *Um novo olhar sobre as relações sociais de género. Feminismo e perspectivas críticas na psicologia social.* Braga: Fundação Calouste Gulbenkian.

Nolan, M., & Grant, G. (1993). Action research and quality of care: a mechanism for agreeing basic values as a precursor to change. *Journal of Advanced Nursing, 18(2)*, pp. 305-311.

Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschimidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação Conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia, 9(3)*, pp. 575-584.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2000). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 1999-2000. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.* Porto Alegre: Artes Médicas.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2002). *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificaçã: 2001/2002.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Nunes, L. (2003). *Um Olhar Sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881 – 1998).* Loures: Lusociência.

Oliveira, I., & Ângelo, M. (2000). Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante. *Revista. Esc. Enf. USP , 34(2)*, pp. 208-2.

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

Olson, D. (1986). Circumplexo Model VII: Validation studies and FACES III. *Family Process, 25(3)*, p. 337:351.

Olson, D. (1982). *Family Strenghts.* Minnesota: Family Social Science.

Olson, D. (1997). Family stress and coping: A multisystem perspective. In T. F. century, *Dreman, S* (pp. 259-280). Mahwah: NJ: Erlbaum.

Olson, D. (1988). Family types, family stress and family satisfaction: a family development perspective. In C. Falicov, *Family trsnsitions: continuity and change iver the life cycle* (pp. 55-80). New York: Guilford Press.

Olson, D. (1991). Three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Fam Process , 30(1)*, pp. 74-9.

Olson, D., & Defrain, J. (1994). *Marriage and the family: diversity and strengths.* Mountain View: Mayfield.

Olson, D., & Gorall, D. (2006). *FACES IV & the Circumplex Model.* ST. Paul: University of Minnesota.

Olson, D., & Stewart, K. (1991). Family systems and health behaviors. In H. Schroeder, *New directions in health psychology assessment* (pp. 27-64). New York: Hemisphere.

Olson, D., Gorall, & D. (2003). Circumplex modelo f marital and family systems. In F. Walsh, *Normal Family Processes* (pp. 514-547). New York: Guilford.

Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1982). *Family inventories.* ST. Paul: University of Minnesota.

Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1992). *Family inventories.* ST. Paul: University of Minnesota.

Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1985). *family inventories revised.* ST. Paul: University of Minnesota.

Omola, I., Ogunfowokan, A., & Olaogun, A. (2006). Family Nursing Education and Family Nursing Practice in Nigeria. *Journal of Family Nursing , 12*, pp. 442 - 447.

Opperman, C., & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea.* . Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A Cada Família o seu Enfermeiro.* Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros , 26(suppl.)*, pp. 9-20.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Sistema de informação e documentação de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros , 17*, pp. 9-10.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica.* Barcelona: Ediciones Científicas y técnicas.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice.* St. Louis: Mosby.

Organização Mundial De Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS.* Loures: Lusociência.

Organization Mondiale de la Santé. (2000). *L'infirmiere de famille, contexte, cadre conceptuel Et programme d'études.* Obtido em 4 de Fevereiro de 2005, de http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-frn-t06.pdf

Osório, L., & Valle, M. (2009). *Manual de Terapia Familiar.* São Paulo: Artmed.

Pakman, M. (1996). Introducción. In H. Foerster, *Las Semillas de La Cibernetica Obras escogidas* (pp. 15-30). Barcelona: Gedisa.

Palazzoli, M., Boscolo, L., Cechin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process , 19(1)*, pp. 3-10.

Palazzoli, M., Boscolo, L., Cechin, G., & Prata, G. (1978). *Paradoxe et contre-paradoxe.* Paris: E.S.F.

Palma, M. (1999). A família com idosos dependentes. Que expectativas? *Enfermagem , 15*, pp. 27-40.

Parsons, T. (1969). *The Social Systems.* New York: Free Press.

Pena, S., & Aranda, M. (2000). La familia como unidad de atención. In A. Moreno, E. Garcia, & P. Campos, *Enfermería Comunitária* (pp. 21-29). Madrid: MacGraw-Hill.

Pereira, F. (2005). *Information relevance for continuity of nursing care. Online Journal of Nursing Informatics (OJNI), 9, (3).* Obtido em 26 de Julho de 2007, de http://eaa-knowledge.com/ojni/ni/9_3/pereira.htm

Pereira, M., Barbosa, J., Sousa, J., Santiago, N., & Lima, M. (2002). Os grandes consumidores de consultas medicas: Um estudo de família. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud , 2(2)*, pp. 289-300.

Perel, E. (2008). *Amor e desejo na relação conjugal.* Barcarena: Editorial Presença.

Perlin, G., & Diniz, G. (2005). Casais que trabalham e são felizes: mito ou realidade? *Psicologia Clínica , 17(2)*, pp. 15-29.

Pettengill, M., & Angelo, M. (2006). Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. *Rev Esc Enfermagem USP , 40(2)*, pp. 280-285.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado.* Coimbra: Quarteto.

Pinto, J., Fernandes, M., & Horta, A. (2004). Representação da família na arte: da estória em quadradinhos. *Acta Scientiarum. Health Sciences , 26(1)*, pp. 21-26.

Poeschl, G. (2003). Teoria de las representationes sociales. In J. Morales, & C. Huies, *Estúdios de Psicologia Social* (pp. 439-466). Madrid: UNED.

Poeschl, G. (2000). Trabalho domestico e poder familiar. Práticas, normas e ideais. *Análise Social , XXXV(156)*, pp. 695-719.

Polés, K., & Bousso, R. (2004). A Enfermeira e a Família no Processo de Morte da Criança: Evidências do Conhecimento. *Revista Soc. Brás. Enferm. Ped. , 4(1)*, pp. 11-18.

Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: ambições e limites.* Lisboa: Relógio D'Água Editores.

Popper, K. (1992). *Em Busca de Um Mundo Melhor.* Lisboa: Editorial Fragmentos.

Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro. Diário da República nº 201 - I Série A. Ministério da Saúde: Lisboa.

Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril. Diário da República nº 77/ 2008 - I Série A. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde.

Potter, P. (2005). *Fundamentos de Enfermagem.* São Paulo: Guanabara.

Prigogine, I. (1968). *Introduction a la Thermodynamique des Processus Irréversibles.* Paris: Dunod.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais.* Lisboa: Gradiva.

Rascão, J. (2008). *Novos Desafios da Gestão da Informação.* Lisboa: Edições Sílabo.

Relvas, A. (1982). A Família: Introdução ao seu estudo numa perspectiva sistémica. *Revista portuguesa de Pedagogia , 19*, pp. 301-321.

Relvas, A. (1999). *Conversas com Famílias.* Porto: Edições Afrontamento.

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

Relvas, A. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à Terapia Familiar.* Coimbra: Quarteto.

Relvas, A., & Alarcão, M. (2002). *Novas Formas de Família.* Coimbra: Quarteto.

Rempel, G., Neufeld, A., & Eastlick, K. (2007). Interactive Use of Genograms and Ecomaps in Family Caregiving Research . *Journal of Family Nursing , 13*, pp. 403 - 419.

Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005. Diário da República nº 196 - I Série B. . (Lisboa). Presidência do Conselho de Ministros.

Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 de 13 de Abril. (s.d.). 100 Compromissos para Uma Política de Família. *Diário da República nº87/04,I-A Série* . Presidência do Conselho de Ministros: Lisboa.

Revilla, L. (1993). *Conceptos e Instrumentos de la atencion familiar.* Barcelona: Ediciones Doyma.

Revilla, Q., Constan, E., Ùbeda, P. F., & Casado, I. (1998). Genograma y ciclo vital de la familia. *Revista ROL de Enfermaría , 241*, pp. 25- 30.

Ribeiro, C., Pires, S., & Sousa, L. (2004). *Percepção das famílias multiproblemáticas pobres sobre as suas competências e recursos. Horizontes Sociais.* Aveiro: Observatório Permanente de Desenvolvimento Social Universidade de Aveiro.

Ribeiro, P. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde.* Porto: Legis Editora.

Roberts, J. (1988). Setting the frame: Definition, functions, and typology of rituals. In E. Imber-Black, J. Roberts, & R. Whiting, *Rituals in families and family teraphy*. New York: Norton.

Rocha, S., & Almeida, M. (2000). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem , 8(6)*, pp. 96-101.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa.* Lisboa: Moraes Editora.

Rollins, B., & Cannon, K. (1974). Marital satisfaction over family life cycle: evaluation. *Journal of Marriage and the family , 36(2)*, pp. 271-282.

Sá-Chaves, I. (2003). *Formação, conhecimento e supervisão.* Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sampaio, D. (1988). A perspectiva sistémica em Clínica Geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral , 5(32)*, pp. 18-21.

Sampaio, D., & Gameiro, J. (2002). *Terapia Familiar.* Porto: Edições Afrontamento.

Santiago, S. (2009). *Comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório. Contributos para a promoção da saúde da mulher migrante.* Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde.Universidade Aberta: Lisboa.

Santos, B. (1999). *Um discurso sobre as Ciências.* Porto: Edições Afrontamento.

Santos, M. (2006). Enfermagem de Família: Análise Epidemiológica da Adequação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar a Famílias com Insuficiência Cardíaca Classe III, em Contexto Hospitalar. *Tese de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde* . Instituto Superior Miguel Torga: Coimbra.

Saraceno, C. (1992). *Sociologia da família.* Lisboa: Editorial Estampa.

Savoia, M. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). *Revista de Psiquiatria Clínica , 26(2)*, pp. 57-67.

Sceinkman, M., & Fishbane, M. (2004). The Vulnerability Cycle: Working Whith Impasses in Couple Therapy. *Family Process , 43(3)*, pp. 279-299.

Schober, M., & Affara, F. (2001). *The Family Nurse: Frameworks for Practice.* Geneva: International Council of Nurses.

Scwandt, T. (1994). Construtivist, interpretivist approaches to human inquiry. In N. Denzin, & Y. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (pp. 1-17). Thousand Oaks: Sage.

Segalen, M. (1995). *Sociologia da Familia.* Lisboa: Terramar.

Selye, H. (1974). *Stress without distress.* United States of America: McClelland and Steward .

Sharon, A., & Denham, D. (1999). Part I: The Definition and Practice of Family Health. *Journal of Family Nursing , 5(2)*, pp. 133-159.

Shorter, E. (1995). *A Formação da família Moderna.* Lisboa: Terramar.

Shortridge-Baggett, L., Malmgreen, C., & Wantroba, N. (2004). Método de avaliação estruturada como instrumento de assistência familiar: avaliação do APGAR familiar. *Fam. Saúde Desenv. , 6(2)*, pp. 91-99.

Silva, A. (1995). Registos de enfermagem: Da tradição Scripto ao discurso Informo. *Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem* . Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.: Porto.

Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem .* Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto: Porto.

Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança.* Coimbra: Formasau.

Silva, A., & Pinto, J. (1999). *Metodologia das Ciências Sociais.* Porto: Edições Afrontamento.

Silva, L. (2007). A Dinâmica das Relações da Família com o Membro Idoso Portador de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia,*

Saúde e Sociedade . Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Silva, L., & Figueiredo, M. (2006). Cuidar a Família: Um Compartilhar de Experiências Luso- Brasileiras. *9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem* (pp. 22-32). Lisboa: APE.

Silva, L., Gonçalves, L., & Costa, M. (2007). Abordagem Sistêmica de Enfermagem à Família – Considerações Reflexivas. *Servir , 54(5)*, pp. 214-223.

Simpionato, E., Correia, C., & Rocha, S. (2005). Histórico familiar de crianças com Insuficiência Renal Crônica: coleta de dados. *Rev Bras Enferm , 58(6)*, pp. 682-6.

Simpson, P., & Tarrant, M. (2006). Development of the Family Nursing Practice Scale. *Journal of Family Nursing , 12(4)*, pp. 413-425.

Simpson, P., Yeung, K., Kwan, T., & Wah, W. (2006). Family Systems Nursing A Guide to Mental Health Care in Hong Kong. *Journal of Family Nursing , 12(3)*, pp. 276-291.

Singly, F. (2000). *O eu, o casal e a família.* Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Slepoj, V. (2000). *As Relações de Família.* Lisboa: Editorial Presença.

Sluzki, C. (2003). *A Rede Social na Prática Sistémica.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice* (6), pp. 1231- 1239.

Smilkstein, G. (1984). The Physician and Family Function Assessment. *Family Systems Medicine , 2(3)*, pp. 264-278.

Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice , 15*, pp. 303-311.

Soares, I. (2000). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida.* Coimbra: Quarteto.

Sousa, P. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre contextos de cuidados de saúde.* Coimbra: Formasau.

Sousa, S. (1989). *Introdução a uma ciência pós-moderna.* Porto: Edições Afrontamento.

Souza, A., & Angelo, M. (1999). Buscando uma chance para o filho vir a ser: a experiência do pai na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP , 33(3)*, pp. 255-264.

Souza, M. L., Barbieri, A. R., & Gomes, W. B. (2001). Eventos marcantes na história de vida: um estudo fenomenológico. *Psico (Porto Alegre) , 32(2)*, pp. 87-103.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, famílias e Indivíduo.* Lisboa: Lusociência.

Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista.* Camarate: Lusociência.

Stuart, M. (1991). An analysis of the concept of family. In A. Whall, & J. Fawcett, *Family theory developement in nursing: State of the science and art* (pp. 31-42). Philadelphia: F.A.Davis.

Subtil, C. (1999). O enfermeiro de Família. *SINAIS VITAIS , 25*, pp. 21-24.

Susman, G., & Evered, R. (1978). An assessment of the scientific merits of action research. *Administrative Science Quarterly , 23*, pp. 582-603.

Tapp, D. (2000). Book Review: Readings in family nursing (2nd ed.). *Journal of Family Nursing , 6*, pp. 303 - 304.

Tapp, D., Moules, N., & Wright, L. (1997). Family Skills Labs: Facilitating the Development of Family Nursing Skills in the Undergraduate Curriculum. *Journal of Family Nursing , 3*, pp. 247 - 266.

Thomas, R., Barnard, K., & Summer, G. (1993). The Nursing of Families: Theory, Research, Education, Pratice. In S. Feetham, S. Meister, J. Bell, & C. Gilliss, *The Nursing of Families: Theory, Research, Education, Pratice* (pp. 112-154). Newbury Park: SAGE.

Thrower, S. (1988). Family systems tools for assessing families. In P. Sloane, L. Slatt, & R. Baker, *Essentials of family Medicine* (pp. 3-13). Baltimore: Maryland: Williams e Wilkins.

Thrower, S., Bruce, W., & Walton, R. (1982). The Family Circle Method for integrating family systems concepts in Family Medicine. *J Farm Pract , 15(3)*, pp. 451-7.

Tinkam, C., Voorhies, E., & McCarthy, N. (1984). *Community health nursing: Evolution and process in the family and community.* Newbury Park: SAGE.

Tolley, K. (1995). Theory from pratice for practice: Is this reality? *Journal of Advanced Nursing , 21*, pp. 184-190.

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.* Lisboa: Lusociência.

Tomm, K. (1987). Interventive interviewing – Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process , 26*, pp. 167-183.

Tomm, K. (1980). *Perspectives on Family Therapy.* Toronto: D.S. Freeman, Butterworth.

Tomm, K. (1983). Family assessment in a problem oriented record. In J. Hansen, & B. Keeney, *Diagnosis and assessment in family therapy* (pp. 101-122). London: Aspen Systems Corporation.

Torres, A. (2001). *Sociologia e Casamento. A família e a questão feminina.* Oeiras: Celta.

Trindade, Z., Andrade, C., & Souza, Q. (1997). Papeis parentais e representações da paternidade: a perspectiva do pai. . *Psico , 28 (1)*, pp. 207-222.

Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de Investigación en enfermería. *Ciencia y Enfermeria* , p. XI (1).

Unidade Local de Saúde de Matosinhos. (2002). *Modelo Organizativo da Prestação de Cuidados de Enfermagem nas Unidades de Saúde Familiar* . Matosinhos: ULSM.

Vala, J. (1999). A Análise de Conteúdo. In A. Silva, & J. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp. 100-128). Porto: Edições Afrontamento.

Vasconcellos, M. (2002). *Pensamento Sistêmico: O Novo paradigma da Ciência.* São Paulo: Papirus.

Vaughan-Cole, B., Jonhson, M., Malone, J., Walker, & B. (1998). *Family nursing practice.* Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Vosburgh, D., & Simpson, P. (1993). Linking family theory and pratice: A family nursing program. *Journal of Nursing Scholarship , 25*, pp. 231-235.

Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções do pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia, Teoria e Pesquisa , 21(2)*, pp. 181-186.

Wall, K. (2003). Famílias no Censo 2001: Estruturas domésticas em Portugal. *Sociologia , 43*, pp. 9-11.

Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal Percursos, interacções, redes sociais.* Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais.

Wallis, S. (1998). Changing practice trough action research. *Nurse Researche , 6(2)*, pp. 5-15.

Walsh, F. (1982). *Normal Family Processes.* New York: Guilford Press .

Walsh, F. (1999). *Spiritual resources family resilience.* London: Guilford Press.

Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience.* London: Guilford Press.

Walsh, F. (1996). The concept of family resilience:crisis and challenge. *Family Process , 35*, pp. 261-282.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção.* São Paulo: Editora Cultrix.

Wegner, G., & Alexander, R. (1993). *Readings in family nursing.* Philadelphia: J.B.Lippincott Company.

Weiner, N. (1951). *CYBERNETICS: Or Control and Communication in the Animal and the Machine.* New York: Jonh Wiley & Sons, INC.

Wernet, M., & Ângelo, M. (2003). Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido á família e ao cuidar. *Revista Escola de Enfermagem USP , 37(1)*, pp. 19-25.

Wesley, R. (1997). *Teorias y modelos de enfermería.* México: McGraw-Hill.

Whaley, L., & Wong, D. (1999). *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. .* Rio de Janeiro: Guanabara Koog.

Whall, A., & Fawcett, J. (1991). *Family Theory Development in Nursing: State of the Science And Art.* Philadelphia: F.A.Davis.

Whall, A., & Laveland-Cherry, C. (1993). Family unit focused research: 1984-1991. In J. Fitzpatrick, & J. Stevenson, *Anual review of nursing research.* New York: Spronger.

Wheirich, C., Tavares, J., & Silva, K. (2004). *O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico.* Obtido em 4 de Janeiro de 2006, de Revista Eletrônica de Enfermagem, 6(2), 172-180: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: W.W. Norton & Company.

Whyte, D. (1977). *Explorations in family nursing.* London: Routledge.

Wiener, N. (1951). *Cybernetics. Or control and communication in the animal and the machine.* Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

Wiener, N. (1948). *Cybernetics. Or control and communication in the animal and the machine.* Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.

Winter, R. (1989). *Learning from experience. Principales and pratices in action-research.* Philadelphia: Falmer Press.

Wolin, S., & Benett, L. (1984). Family rituals. *Family Process , 23*, pp. 401-420.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2004). How to Conclude or Terminate With Families. *Journal of Family Nursing , 10(3)*, pp. 379–401.

Wright, L. M., & Leahey, M. (1999a). Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15-Minute (or Less) Family Interview. *Journal of Family Nursing , 5(3)*, pp. 259–273.

Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing , 15*, pp. 148-154.

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs, the heart of healing in families and illness.* New York: Basic books.

Wright, L., & Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família.* São Paulo: Roca.

Wright, L., & Leahey, M. (2005). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention.* Philadelphia: F.A.Davis Company.

Wright, L., & Leahey, M. (1984). *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention.* Philadelphia: F.A.Davis Company.

Wright, L., & Leahey, M. (1994). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention.* Philadelphia: F.A. Davies.

Wright, L., & Leahey, M. (1999b). Trends in nursing of families. In G. Wegner, & R. Alexander, *Readings in family nursing* (pp. 23-42). Philadelphia: J.B.Lippincott Company.

Wright, L., & Levac, A. (1993). The nonexistence of noncompliant families: The influence of Humberto Maturana. In S. Feetham, S. Meister, B. JM, & G. Giliss, *The nursing of families: Theory, research, education, practice.*Newbury Park: CA:Sage.

Wright, L., & Simpson, P. (1991). A systemic belief approach to epileptic seizures: A case of being spellbound. *Contemporany Family Therapy An International Journal , 13(2)*, pp. 165-137.

Zuse, A., Rossato, V., & Backes, V. (2002). Genetograma: Um Instrumento de Trabalho na Compreensão Sistêmica da Vid. *Latino-am Enfermagem , 10(3)*, pp. 308-320.

Anexos

Anexo 1 – Autorizações

ULS MATOSINHOS SA

Exma. Senhora
Dra. Maria Henriqueta Jesus Silva Figueiredo
Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto
Rua Álvares Cabral, nº 384
4050 - 040 PORTO

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
	17-05-2005	Ofcº. Nº.4126/CA/AA	16-12-2005

ASSUNTO: Estudo de Investigação

Na sequência da carta V. Exa., solicitando autorização para realização de um Estudo de Investigação subordinado ao tema ***"Família: Um Contexto do Cuidar em Enfermagem Comunitária"*** informa-se que o estudo está autorizado nos termos definidos pela Comissão de Ética a qual passo a transcrever:

"Estudo foi autorizado desde que o requerente cumpra o que está definido quanto à publicação de dados."

Com os melhores cumprimentos,

O Director Clínico
Joaquim M. Pinheiro.
(Dr. Joaquim Pinheiro)

ULS MATOSINHOS SA

Exmo.(a). Sr.(a)

Dra. Maria Henriqueta Jesus Silva Figueiredo

Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto

Rua Álvares Cabral, n.º 384

4050-040 PORTO

Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
	21-02-2005	Ofcº. Nº. 954/EST/MFR	14-03-2005

ASSUNTO: Projecto de investigação.

Vimos pela presente informar que foi autorizado o desenvolvimento do Projecto de Investigação, no Centro de Saúde S. Mamede Infesta, subordinado ao tema "Família: Um Contexto do Cuidar em Enfermagem Comunitária",

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração

(Dr. Nuno Morujão)

Anexo 2 – Questionário A

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Caro colega

Cumprimentos.

Este questionário destina-se, também, a uma investigação no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, cujo tema é a família enquanto contexto do cuidar em enfermagem comunitária. O estudo tem como finalidade contribuir para melhorar os cuidados de enfermagem às famílias.

Agradecendo toda a sua disponibilidade e tempo dispendido, solicitamos que responda a este questionário de forma tão completa quanto possível para que possamos atingir a finalidade proposta.

O questionário é **anónimo e confidencial**.

Antecipadamente grata pela sua colaboração

Maria Henriqueta Figueiredo

1. Sexo: Masculino ☐ **Feminino** ☐

2. Idade (em anos): _____

3. Ano da Formatura e Instituição de Ensino:

Bacharelato _____ **Instituição** _____

Licenciatura_____ **Instituição** _____

4. Categoria profissional: _____

5. Grau académico: _____

6. Tempo de exercício profissional

Na prestação de cuidados _____ Anos

Na prestação de cuidados em Cuidados de Saúde Primários _____ Anos

7. Formação em Enfermagem de Família

Contexto académico ☐ Formação contínua ☐ Auto- formação ☐

I - Proponho-lhe a definição dos seguintes conceitos:

Família

Saúde familiar

Enfermagem de família

Equipa de prestação de cuidados à família

II - Na sua opinião qual é o papel do enfermeiro na prestação de cuidados à família?

III- No que se refere à sua prática de cuidados de enfermagem dirigidos às famílias:

1. Qual é, habitualmente, o tipo de famílias que mais necessita dos seus cuidados?

2. Como identifica a necessidade de cuidados de enfermagem nessas famílias?

3. Quais são os focos de atenção que considera na colheita de dados (avaliação inicial) sobre a família?

4. Da sua experiência de trabalho com famílias, além dos atrás mencionados, que outros focos de atenção considera "sensíveis" aos cuidados de enfermagem?

5. Descreva as intervenções mais comuns da sua prática, no âmbito da prestação de cuidados à família.

6. Como avalia os resultados que decorrem das suas intervenções?

IV-Na sua opinião, quais os factores que identifica como obstáculos à prática de enfermagem de família?

V- Relembre uma família à qual tenha prestado cuidados. Descreva como desenvolveu toda a sua intervenção (Avaliação inicial, Planeamento dos cuidados; execução e avaliação dos resultados)

Obrigada pela sua colaboração

Contacto para qualquer dúvida ou esclarecimento:

henriqueta@esenf.pt
Telefone: 962705642

Anexo 3 – Questionário B

Universidade do Porto
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Projecto de Investigação: Família: **Um Contexto do Cuidar em Enfermagem Comunitária**

As questões enunciadas a seguir decorrem da reunião realizadas em 20 de Abril de 2006

Alguns resultados relevantes decorrentes da análise dos dados:
Utentes com dados documentados na avaliação inicial: 2,39% do total de utentes;
Famílias com dados documentados na avaliação inicial: 0, 07% do total de famílias;
O Domínio "Família" está expresso em 1,49% dos focos utilizados nos enunciados dos diagnósticos;
Do total das especificações das intervenções, a família ou prestador de cuidados estão expressos em 10, 82 % das mesmas.

I

Estratégias para a mudança

Assinale com uma cruz as estratégias que na sua opinião poderemos desenvolver no sentido da implementação efectiva da Enfermagem de Saúde Familiar

1- Formação na área da Saúde Familiar ☐

Descreva as temáticas que considera pertinentes nesta área

_____

_____

_____

_____

2- Alteração da parametrização no SAPE ☐

No programa de Saúde da Família ☐ Em todos os Programas de Saúde ☐

Outras alterações ☐ Especifique: _____

3- Monitorização da Intervenção Familiar ☐

Nº de famílias a monitorizar _____ Período de tempo _____

Outras sugestões _____

4- Alterações a nível organizacional ☐

Especifique:

_____

5- Outras sugestões

Anexo 4 – Planeamento do Processo Formativo

Plano do Processo Formativo

Conteúdos a desenvolver	Tempo	Metodologia/ Meios auxiliares	Formadores
1ª Sessão ▪ Interdisciplinaridade no contexto dos cuidados de saúde	2 H	Expositiva: - *Microsoft Power Point- Slide Show*	Investigadora Profª Luzia Wilma
2ª Sessão ▪ Cuidados de saúde Primários no contexto geral da saúde e modelo organizacional de enfermeiro de família ▪ Família: o contexto e a unidade dos cuidados ▪ Abordagem sistémica como paradigma de intervenção nos cuidados à família	1H 30 M 1 H 1H 30M	Expositiva : - *Microsoft Power Point- Slide Show* Interrogativa	Investigadora
3ª Sessão ▪ O Ciclo Vital da Família: Mudança e complexificação ▪ Enfermagem de saúde familiar: contextos e aplicação ▪ Modelo Calgary de Avaliação da Família ▪ Instrumentos de Avaliação familiar	1 H 30 M 1H 30M 1H	Expositiva : - *Microsoft Power Point- Slide Show* Interrogativa	Investigadora Enfº Pedro Melo
4ª Sessão ▪ Aplicabilidade dos instrumentos de avaliação familiar no contexto do Modelo Calgary de Intervenção na Família ▪ Modelo Calgary de Intervenção na Família ▪ O contributo dos Sistemas de Informação em Enfermagem no desenvolvimento da Enfermagem de Família ▪ A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)- Instrumento de unificação da linguagem em enfermagem de família	30M 1 H 30M 1 H 1 H	Expositiva : - *Microsoft Power Point- Slide Show* *Interrogativa*	Investigadora
5ª Sessão ▪ Síntese integradora dos vários conteúdos ▪ Discussão e reflexão	1 H 3 H	Expositiva Activa: Trabalho e discussão de grupo Jogo pedagógico (simulação) Role playing	Investigadora

Anexo 5 – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (1ª versão)

Processo nº _____

Reconstrução do Modelo de Cuidados de Enfermagem à Família

Avaliação Familiar

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Genograma

Ecomapa

A - Dimensão Estrutural Interna:

1- Composição familiar

➲ Composição familiar ***********************

Para cada um dos membros da família:

Nome preferido; Sexo

Parentesco/ afinidade (amigo; empregado; patrão; hóspede; companheiro(a))

Data de nascimento; Ordem de nascimento dos filhos

Estado civil ; Adopções; Óbitos ocorridos

➲ Tipo de Família

- **Casal**
  - **Heterossexual ☐** **Homossexual ☐**
- **Família nuclear**
  - **Heterossexual ☐** **Homossexual ☐**
- **Família reconstruída ☐**
- **Família monoparental**
  - **Monoparental liderada pelo homem ☐**
  - **Monoparental liderada pela mulher ☐**
- **Coabitação ☐**
- **Família institucional ☐**
- **Comuna ☐**
- **Unipessoal ☐**
- **Alargada ☐**

2- Orientação Sexual

Indicadores de avaliação

➲Orientação sexual dos membros da família

Heterossexual☐ **Homossexual ☐** **Bissexual ☐**

Observações*: (Influência da orientação sexual na pessoa e na família; aceitação social; capacidade em assumir socialmente a sua orientação sexual)*

_____

3- Sub-sistemas

Indicadores de avaliação

➲Sub-sistemas presentes na família*********

Conjugal☐ **Parental ☐** **Filial☐** **Fraternal ☐**

➲Outros sub-sistemas:

_____

Influência destes sub-sistemas na família SIM ☐ NÃO☐

Se SIM, especificar *(exª: stresse familiar e conflito)*

_____

4- Limites

Utilização da Escala FACES II

***********************Genograma
########################## Ecomapa

FACES II Versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13.Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24. É difícil mudar as normas que regulam a					

nossa família.					
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Nota:
1- Quase nunca
2- De vez em quando
3- Às vezes
4- Muitas vezes
5- Quase sempre

B - Dimensão Estrutural Externa

1- Família extensa

➲ Identificação da família extensa ##########################

Para cada um dos membros da família:

Nome; Sexo; Parentesco;Data de nascimento; Estado civil ; Adopções; Óbitos

➲Vínculos com os membros da família extensa ##########################

Vínculo forte ☐ Vínculo intermédio ☐ Vínculo fraco ☐ Gerador de stress ☐

➲Familiares com quem estabelecem maior relação ##########################

(maior nível de confiança, de afectividade, com maior contacto e a quem recorrem em caso de ajuda) _____

➲ Caracterização das Relações

Frequência

- **Tipo de contacto** *(telefone, pessoal, e-mail, etc.)*

  _____

- **Intensidade de contacto**

Diário ☐ Semanal ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐
Outro ☐ Especificar _____

Função da relação

Companhia social *(Realização de actividades em conjunto, ou simplesmente estar juntos)*
☐

Apoio emocional *(Atitude emocional positiva, compreensão, empatia, estímulo, apoio).*
☐

Guia cognitivo e conselhos *(Interacções de partilha de informações pessoais e sociais)*
☐

Regulação social *(Reafirmação de responsabilidades dos papéis)*
☐

Ajuda material e de serviços
☐

Acesso a novos contactos *(Possibilidade de conexão com outras pessoas e/ou redes)*
☐

Qualidade das relações

- **Existência de conflito** **SIM ☐**
  NÃO ☐
  Se SIM especificar

_____

- **Partilha das decisões**

Habitualmente são pedidas opiniões sobre decisões que envolvem o sistema familiar (agregado familiar) SIM ☐
NÃO ☐

Habitualmente são pedidas opiniões ao sistema familiar (agregado familiar) sobre decisões que envolvem a família extensa SIM ☐ NÃO ☐

Influência da família extensa

- **Os familiares influenciam as decisões do sistema familiar (agregado familiar) SIM ☐ NÃO ☐**

Se SIM especificar

_____

**********Genograma
########## Ecomapa

- **Percepção que os membros da família têm sobre esta influência**

Favorável ☐ Desfavorável ☐

Se Desfavorável, especificar _____

2- Sistemas mais amplos

➲ **Rede Social e Vínculos** ##########

✔ Trabalho ✔ Escola ✔ Instituições de Saúde: Centro de saúde;Hospital Pedro Hispano;Outros ✔ Instituições religiosas ✔ Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS): Lar;Centro de Dia;Jardim de infância;ATL; Outras ✔ Actividades de lazer e cultura ✔ Amigos ✔ Outros sub-sistemas do supra sistema

B - Dimensão Estrutural de Contexto

1- Etnia

➲ **Etnia**

Cigana	☐	
Imigrantes de leste	**Eslavos** *(ucranianos, russos, búlgaros)*	☐
	Latinos *(romenos, moldavos)*	☐
Africanos dos PALOP`s	☐	
Muçulmana	☐	
Asiáticos	**Chineses** ☐	
	Indiana ☐	

2- Religião:

➲ **Religião**

Católica ☐ Protestante ☐ Ortodoxa ☐

Outras cristãs:

Testemunhas de Jeová ☐ Igreja Envangélica ☐ Outra: _____

Judaísmo ☐ Islamismo ☐ Outra Religião_____

Sem religião:

Ateu ☐ Agnóstico ☐

**********Genograma
########## Ecomapa

3- Classe Social

Critérios relativos ao **Tipo de Habitação**

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + electrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorifico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumótica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 - – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + electrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorifico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + electrodomésticos essenciais (fogão, frigorifico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ electricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos)+ Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os electrodomésticos essenciais (fogão, frigorifico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/electricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5- + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/electricidade + sem ventilação + sem luz natural

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO c/5 itens	PONTUAÇÃO c/4 itens	PONTUAÇÃO c/3 itens	POSIÇÃO SOCIAL
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ▲ ▼ 9	4 ▲ ▼ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ___/___/___
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ▲ ▼ 13	8 ▲ ▼ 10	4 ▲ ▼ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ___/___/___
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparadcs	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ▲ ▼ 17	11 ▲ ▼ 13	7 ▲ ▼ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ___/___/___
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ▲ ▼ 21	14 ▲ ▼ 16	10 ▲ ▼ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ___/___/___
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ▲ ▼ 25	17 ▲ ▼ 20	13 ▲ ▼ 15	V CLASSE BAIXA DATA ___/___/___

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'echantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº.8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459
Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

4- Ambiente

Ambiente artificial

➲ Edifico residencial

- **Tipo**

Barraca☐ Habitação social ☐ Apartamento☐ Vivenda ou moradia ☐

Outro ☐ Especificar _____

- **Divisões:**

Cozinha SIM ☐ NÃO☐ Sala SIM ☐ NÃO☐
Quartos SIM ☐ NÃO☐ Nº de quartos ____
Casa de banho SIM ☐ NÃO☐
Se SIM: Dentro da habitação SIM ☐ NÃO☐ Nº ____

- **Aquecimento SIM ☐ NÃO☐**
- **Habitação espaçosa SIM ☐ NÃO☐**
- **Habitação conservada SIM ☐ NÃO☐**
- **Observações:_____**
- **Ventilação Boa ☐ Escassa ☐ Sem Ventilação ☐**
- **Luz natural SIM ☐ NÃO☐**
- **Electrodomésticos**

Electrodomésticos essenciais SIM ☐ NÃO☐
Outros electrodomésticos SIM ☐ NÃO☐

- **Barreiras arquitectónicas SIM ☐ NÃO☐**
  Se SIM, quais: _____
- **Outras características da habitação:**
  _____
- **Higiene da habitação SIM ☐ NÃO☐**

➲Sobrelotação

SIM ☐ NÃO☐

➲ Sistema de abastecimento

- **Abastecimento de água**

Não tem ☐ Rede pública☐ Rede privada (furo/ poço) ☐
Rede mista ☐
Em caso de utilização da água da rede privada para consumo humano
Controle da Qualidade SIM ☐ NÃO☐

- **Serviço de electricidade SIM ☐ NÃO☐**
- **Serviço de tratamento de resíduos (saneamento básico)**

Rede pública ☐ Fossa séptica ☐ Não tem☐

Ambiente Biológico

➲Animal doméstico

SIM ☐ NÃO☐

Se sim qual ou quais: _____

Vacinação **SIM ☐ NÃO☐**

Desparasitação **SIM ☐ NÃO☐**

Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.)

_____

DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

Indicadores de avaliação

➲ Identificação da etapa desenvolvimental

Formação do casal ☐
Família com filhos pequenos ☐
Família com filhos na escola ☐
Família com filhos adolescentes ☐
Família com filhos adultos ☐

➲ Tarefas de desenvolvimento/etapa ciclo vital

(Colher dados relativos à etapa em que a família se encontra actualmente)

Estádio 1 – Formação do casal

➲ Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se Não especificar _____

➲ Autonomia relativamente à família de origem

- **Casal vive em habitação privada** **SIM☐** **NÃO☐**
  Se Não especificar _____
- **Casal tem independência económica** **SIM☐** **NÃO☐**
  Se Não especificar _____
- **Casal é independente relativamente às refeições e cuidados de saúde**
  SIM☐ **NÃO☐**
  Se Não especificar _____

➲ Satisfação Conjugal

- **Tempo de partilha**

- **Satisfação do casal com o tempo que estão juntos**
-

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

- **Comunicação**

Conversam sobre as expectativas e receios de cada um SIM☐ NÃO☐
Quando há discordância na opinião do casal conseguem chegar a consenso
SIM☐ NÃO☐
Satisfação com o padrão de comunicação do casal

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

- **Sexualidade**
- **Disfunções sexuais** *(dispareunia, vaginismo,, disfunção eréctil, etc.)*

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>SIM</u>, especificar _____

- **Membro com terapêutica que interfira na libido ou na expressão da sexualidade** *(antidepressivos, antihipertensores, quimioterapia,etc***.)**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>SIM</u>, especificar _____

- **Satisfação com a frequência das relações sexuais**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Oportunidades de situações de conjugalidade** *(Tempo, espaço, privacidade, etc.)*

SIM☐ NÃO☐
Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Prazer sexual**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Planeamento Familiar**

- **O casal planeia ter filhos SIM☐ NÃO☐**

Se <u>SIM</u>, quando _____

- **Alterações na fertilidade do casal SIM☐ NÃO☐**
- **Conhecimento do casal sobre contracepção**

  Conhecimento sobre os diversos métodos contraceptivos *(hormonais/ químicos, de barreira, cirúrgicos e naturais*) **SIM☐ NÃO☐**

  Conhecimento sobre a especificidade da contracepção de emergência SIM☐ NÃO☐

  Aprendizagem de habilidades do casal sobre o método contraceptivo adoptado SIM☐ NÃO☐
- **Conhecimento do casal sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)**

  Conhecimento sobre as principais ISTs SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento sobre comportamentos de risco SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento sobre os serviços de saúde de rastreio das ISTs SIM☐ NÃO☐
- **Conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional**

  Conhecimento do casal sobre a importância da consulta pré-concepcional SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais relacionados com a gravidez SIM☐ NÃO☐
- **Conhecimento sobre função reprodutora**

  Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento sobre os órgãos reprodutores femininos e masculinos SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução SIM☐ NÃO☐

➢ **<u>Se existe gravidez</u>**

- **Adaptação á gravidez**

Conhecimento do casal dos direitos sociais SIM☐ NÃO☐

Conhecimento do casal sobre cuidados ao recém-nascido

- Conhecimento sobre características das dejecções **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre choro do recém-nascido **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre competências do lactente **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre cuidados ao coto umbilical **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre icterícia fisiológica **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre perda de peso fisiológica **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre posição ao deitar **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre técnica de banho **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre características do recém-nascido **SIM☐NÃO☐**
- Conhecimento sobre cuidados de higiene ao recém-nascido **SIM☐NÃO☐**

- Conhecimento sobre enxoval do bebé **SIM☐NÃO☐**

Estádio 2 – Família com filhos pequenos

➲Readaptação do casal

- **Negociação da distribuição/partilha das tarefas domésticas vs tarefas parentais SIM☐ NÃO☐**
  Se NÃO, especificar_____

- **Satisfação relativa à distribuição/ partilha das tarefas domésticas vs tarefas parentais**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se NÃO, especificar_____

- **Gestão dos recursos económicos**
  Capacidade em gerir o rendimento familiar de acordo com as despesas familiares SIM☐ NÃO☐
  Se NÃO, especificar_____

➲ **Autonomia relativamente à família de origem**

- **Família vive em habitação privada SIM☐ NÃO☐**
  Se Não especificar _____
- **Família tem independência económica SIM☐ NÃO☐**
  Se Não especificar _____
- **Família é independente relativamente às refeições e cuidados de saúde SIM☐ NÃO☐**
  Se Não especificar _____
- **Utilização de rede social de apoio SIM☐ NÃO☐**
  Se Não especificar _____

➲Parentalidade

- **Vinculação SIM☐ NÃO☐**
- **Papel parental**
- **Conhecimento do papel**

(conhecimentos e comportamentos no âmbito dos cuidados parentais à criança recém-nascida)

	SIM	**NÃO**
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre cuidados ao coto umbilical		
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de aleitamento artificial		
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre esterilização e preparação do biberão		
Conhecimento sobre características das dejecções		
Conhecimento sobre choro do recém-nascido		
Conhecimento sobre competências do lactente		
Conhecimento sobre cuidados ao coto umbilical		
Conhecimento sobre icterícia fisiológica		
Conhecimento sobre perda de peso fisiológica		
Conhecimento sobre posição ao deitar		
Conhecimento sobre técnica de banho		
Conhecimento sobre características do recém-nascido		
Conhecimento sobre cuidados de higiene ao recém-nascido		

Conhecimento sobre enxoval do bebé		

(conhecimentos e comportamentos no âmbito dos cuidados parentais até à infância Escolar)

	SIM	**NÃO**
Conhecimento sobre Padrão Alimentar		
Conhecimento sobre Padrão de Ingestão de Líquidos		
Conhecimento sobre Padrão de Sono		
Conhecimento sobre Padrão de Higiene		
Conhecimento sobre Higiene Oral		
Conhecimento (dos pais) sobre prevenção da cárie dentária		
Aprendizagem de Habilidades dos pais para a técnica de lavagem de dentes		
Aprendizagem de Habilidades para a técnica de utilização do fio dentário		
Conhecimento sobre Padrão de Repouso		
Conhecimento sobre Padrão de Exercício		
Conhecimento sobre Socialização		
Conhecimento sobre Prevenção de Acidentes e Promoção da Segurança		
Conhecimento sobre Actividades Recreativas		
Conhecimento sobre Personalidade		
	SIM	**NÃO**
Conhecimento sobre Desenvolvimento Infantil		
Conhecimento sobre Processo de Crescimento Normal		
Conhecimento sobre Desenvolvimento Cognitivo, Psicosexual e Social		

- **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO,</u> especificar _____
- **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO,</u> especificar _____
- **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO,</u> especificar _____

➢ **Criação de espaço para o filho** **SIM☐ NÃO☐**
(integra espaço físico como o berço/cama/quarto e locais próprios para brincar/jogar)

➲ **Satisfação Conjugal**

➢ **Tempo de partilha**

- **O casal mantém momentos de partilha exclusiva** **SIM☐ NÃO☐**
- **Satisfação do casal com o tempo que estão juntos**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

- **Comunicação**

  Conversam sobre as expectativas e receios de cada um SIM☐ NÃO☐

  Quando há discordância na opinião do casal conseguem chegar a consenso

  SIM☐ NÃO☐

  Satisfação com o padrão de comunicação do casal

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

  Se <u>Não</u> especificar _____

- **Conhecimento do casal sobre alteração dos Processo Psicológicos associados ao puérperio (humor alterado, ansiedade, cansaço, tristeza, culpa, angústia, frustração, alteração da auto-estima) SIM☐ NÃO☐**

- **Sexualidade**
- **Conhecimento do casal sobre o retomar da actividade sexual SIM☐ NÃO☐**
- **Disfunções sexuais** *(dispareunia, vaginismo,, disfunção eréctil, etc.)*

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

  Se <u>SIM</u>, especificar _____

- **Membro com terapêutica que interfira na libido ou na expressão da sexualidade** *(antidepressivos, antihipertensores, quimioterapia,etc***.)**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

  Se <u>SIM</u>, especificar _____

- **Satisfação com a frequência das relações sexuais**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Oportunidades de situações de conjugalidade** *(Tempo, espaço, privacidade, etc.)*

  SIM☐ NÃO☐

  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Prazer sexual**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Planeamento Familiar**

- **O casal planeia ter mais filhos SIM☐ NÃO☐**

Se <u>SIM</u>, quando _____

- **Conhecimento do casal sobre contracepção**

  Conhecimento sobre os diversos métodos contraceptivos *(hormonais/ químicos, de barreira, cirúrgicos e naturais*) **SIM☐ NÃO☐**

  Conhecimento sobre a especificidade da contracepção de emergência SIM☐ NÃO☐

  Aprendizagem de habilidades do casal sobre o método contraceptivo adoptado SIM☐ NÃO☐

- **Conhecimento do casal sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)**

  Conhecimento sobre as principais ISTs SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento sobre comportamentos de risco SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento sobre os serviços de saúde de rastreio das ISTs SIM☐ NÃO☐

- **Conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional**

  Conhecimento do casal sobre a importância da consulta pré-concepcional SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais relacionados com a gravidez SIM☐ NÃO☐

- **Conhecimento sobre função reprodutora**

  Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento sobre os órgãos reprodutores femininos e masculinos SIM☐ NÃO☐

  Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução SIM☐ NÃO☐

➲ **Sub-sistema Fraternal**

- **Aceitação pelo filho mais velho do nascimento/adopção do irmão SIM☐ NÃO☐**

  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Equilíbrio entre as situações de conflitos e momentos de partilha entre os irmãos SIM☐ NÃO☐**

  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Satisfação do casal em relação á gestão do tempo com os filhos SIM☐ NÃO☐**

  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

➲ **Regulação do poder funcional (Definição de regras e limites entre sub-sistemas)**

- **Estão definidas na família as regras relativas á utilização do espaço físico de cada um SIM☐ NÃO☐**
- **Estão definidas na família as regras relativas ás compras extras SIM☐ NÃO☐**
- **Quem decide na família os horários das refeições familiares SIM☐ NÃO☐**
- **Consenso do sub-sistema parental relativamente às regras e limites SIM☐ NÃO☐**

<u>Estádio 3 – Família com filhos na escola</u>

➲Readaptação da família

- **Negociação da distribuição/partilha das tarefas domésticas vs tarefas parentais SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Satisfação relativa à distribuição/ partilha das tarefas domésticas vs tarefas parentais**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Gestão dos recursos económicos**

Capacidade em gerir o rendimento familiar de acordo com as despesas familiares SIM☐ NÃO☐

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

➲ Autonomia relativamente à família de origem

- **Família vive em habitação privada SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar _____
- **Família tem independência económica SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar _____
- **Família é independente relativamente às refeições e cuidados de saúde SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar _____
- **Utilização de rede social de apoio SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar
  _____

➲Parentalidade

- **Papel parental**
- **Conhecimento do papel**

(conhecimentos e comportamentos no âmbito dos cuidados parentais da Infância Escolar até à Adolescência)

	SIM	**NÃO**
Conhecimento sobre Padrão Alimentar		
Conhecimento sobre Padrão de Ingestão de Líquidos		
Conhecimento sobre Padrão de Sono		
Conhecimento sobre Padrão de Higiene		
Conhecimento sobre Higiene Oral		
Conhecimento sobre prevenção da cárie dentária		
Aprendizagem de Habilidades dos pais para a técnica de lavagem de dentes		
Aprendizagem de Habilidades para a técnica de utilização do fio dentário		
Conhecimento sobre Padrão de Repouso		
Conhecimento sobre Padrão de Exercício		
Conhecimento sobre Socialização		
Conhecimento sobre Prevenção de Acidentes e Promoção da Segurança		
Conhecimento sobre Actividades Recreativas		
Conhecimento sobre Personalidade		
	SIM	**NÃO**

Conhecimento sobre Desenvolvimento Infantil		
Conhecimento sobre Processo de Crescimento Normal		
Conhecimento sobre Desenvolvimento Cognitivo, Psicosexual e Social		

- **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____
- **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____
- **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____

➲ **Satisfação Conjugal**

➢ **Tempo de partilha**

- **O casal mantém momentos de partilha exclusiva SIM☐ NÃO☐**
- **Satisfação do casal com o tempo que estão juntos**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

- **Comunicação**
  Conversam sobre as expectativas e receios de cada um SIM☐ NÃO☐
  Quando há discordância na opinião do casal conseguem chegar a consenso
  SIM☐ NÃO☐
  Satisfação com o padrão de comunicação do casal

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

➢ **Sexualidade**

- **Disfunções sexuais** (*dispareunia, vaginismo,, disfunção eréctil, etc.)*

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>SIM</u>, especificar _____

- **Membro com terapêutica que interfira na libido ou na expressão da sexualidade** *(antidepressivos, antihipertensores, quimioterapia,etc***.)**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>SIM</u>, especificar _____

- **Satisfação com a frequência das relações sexuais**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Oportunidades de situações de conjugalidade** *(Tempo, espaço, privacidade, etc.)*

SIM☐ NÃO☐

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Prazer sexual**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Planeamento Familiar**
-
- **O casal planeia ter mais filhos SIM☐ NÃO☐**

Se <u>SIM</u>, quando _____

- **Conhecimento do casal sobre contracepção**

Conhecimento sobre os diversos métodos contraceptivos *(hormonais/ químicos, de barreira, cirúrgicos e naturais*) **SIM☐ NÃO☐**

Conhecimento sobre a especificidade da contracepção de emergência SIM☐ NÃO☐

Aprendizagem de habilidades do casal sobre o método contraceptivo adoptado SIM☐ NÃO☐

- **Conhecimento do casal sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)**

Conhecimento sobre as principais ISTs SIM☐ NÃO☐

Conhecimento sobre comportamentos de risco SIM☐ NÃO☐

Conhecimento sobre os serviços de saúde de rastreio das ISTs SIM☐ NÃO☐

- **Conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional**

Conhecimento do casal sobre a importância da consulta pré-concepcional SIM☐ NÃO☐

Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais relacionados com a gravidez SIM☐ NÃO☐

- **Conhecimento sobre função reprodutora**

Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM☐ NÃO☐

Conhecimento sobre os órgãos reprodutores femininos e masculinos SIM☐ NÃO☐

Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução SIM☐ NÃO☐

➲ **Sub-sistema Fraternal**

- **Aceitação pelo filho mais velho do nascimento/adopção do irmão SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar_____
- **Equilíbrio entre as situações de conflitos e momentos de partilha entre os irmãos SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar_____
- **Satisfação do casal em relação á gestão do tempo com os filhos SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

➲ **Regulação do poder funcional (Definição de regras e limites entre sub-sistemas)**

- **Estão definidas na família as regras relativas á utilização do espaço físico de cada um SIM☐ NÃO☐**
- **Estão definidas na família as regras relativas ás compras extras SIM☐ NÃO☐**
- **Quem decide na família os horários das refeições familiares SIM☐ NÃO☐**
- **Consenso do sub-sistema parental relativamente às regras e limites SIM☐ NÃO☐**

➲ **Relação Família/ Escola**

- **Adaptação da Família à escola**
  - **Adaptação da criança**

Motivação para ir à escola SIM☐ NÃO☐
Sucesso escolar SIM☐ NÃO☐
Interacção positiva com professor (a) SIM☐ NÃO☐
Interacção positiva com os colegas SIM☐ NÃO☐
Aceitação das regras SIM☐ NÃO☐

  - **Adaptação do sub-sistema parental**

Reorganização com vista à adaptação aos novos horários SIM☐ NÃO☐
Criação de espaço para a criança estudar SIM☐ NÃO☐
Participação nas actividades de estudo SIM☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre o curriculum escolar SIM☐ NÃO☐
Participação nas reuniões e actividades escolares SIM☐ NÃO☐
Satisfação com o método pedagógico SIM☐ NÃO☐

Promoção da socialização/ autonomia da criança SIM☐ NÃO☐

(Incentivam a realização de actividades extra escolares e o convívio com os amigos)

Estádio 4 – Família com filhos adolescentes

➲Readaptação da família

- **Negociação da distribuição/partilha das tarefas domésticas vs tarefas parentais SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Satisfação relativa à distribuição/ partilha das tarefas domésticas vs tarefas parentais**

		Identificação	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Gestão dos recursos económicos**

Capacidade em gerir o rendimento familiar de acordo com as despesas familiares SIM☐ NÃO☐

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

➲ Autonomia relativamente à família de origem

- **Família vive em habitação privada SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar _____
- **Família tem independência económica SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar _____
- **Família é independente relativamente às refeições e cuidados de saúde SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar _____
- **Utilização de rede social de apoio SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar
  _____

➲Parentalidade

- **Papel parental**

- **Conhecimento do papel**

(conhecimentos e comportamentos no âmbito dos cuidados parentais da Adolescência à Fase Adulta)

	SIM	**NÃO**
Conhecimento sobre Padrão Alimentar		
Conhecimento sobre Padrão de Ingestão de Líquidos		
Conhecimento sobre Padrão de Sono		
Conhecimento sobre Padrão de Higiene		
Conhecimento sobre Padrão de Higiene Oral		
Conhecimento sobre Padrão de Repouso		
Conhecimento sobre Padrão de Exercício		
Conhecimento sobre Prevenção de Acidentes e Promoção da Segurança		
Conhecimento sobre Actividades Recreativas		

Conhecimento sobre Desenvolvimento Cognitivo, Psicosexual e Social		

Promoção da socialização e individualização do adolescente	**SIM**	**NÃO**
Os pais conhecem a maioria dos amigos do adolescente		
Os pais promovem a interacção com o grupo de amigos		
Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida		
A família tem momentos de partilha em conjunto		
O adolescente partilha dúvidas, experiências e pede opinião aos pais		
A família respeita a privacidade do adolescente		
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente		
Se NÃO, especificar		

- **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se NÃO, especificar
  _____
- **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se NÃO, especificar
  _____
- **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐ NÃO☐**
  Se SIM, especificar
  _____

➲ **Regulação do poder funcional (Definição de regras e limites entre sub-sistemas)**

- **A regras são explícitas e claras para todos os membros da família** *(regras relacionadas com as saídas com os amigos, saídas nocturnas, etc.)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se NÃO, especificar_____
- **Satisfação do adolescente em relação às regras impostas SIM☐ NÃO☐**
  Se NÃO, especificar_____
- **Satisfação dos pais em relação à aceitação das regras pelo adolescente**
  SIM☐ NÃO☐
  Se NÃO, especificar_____
- **Consenso do sub-sistema parental relativamente à definição das regras**
  SIM☐ NÃO☐

➲ **Relação Família/ Escola**

- **Adaptação do adolescente**
  Motivação para ir à escola SIM☐ NÃO☐
  Sucesso escolar SIM☐ NÃO☐
  Interacção positiva com os professores (as) SIM☐NÃO☐
  Interacção positiva com os colegas SIM☐NÃO☐
  Aceitação das regras SIM☐NÃO☐

- **Adaptação do sub-sistema parental**
  Conhecimento dos pais sobre o curriculum escolar
  SIM☐NÃO☐

Participação nas reuniões e actividades escolares
SIM☐NÃO☐
Satisfação com os método pedagógicos
SIM☐NÃO☐

➲ **Satisfação Conjugal**

- **Tempo de partilha**
  - **O casal mantém momentos de partilha exclusiva SIM☐ NÃO☐**
  - **Satisfação do casal com o tempo que estão juntos**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

  - **Comunicação**

Conversam sobre as expectativas e receios de cada um SIM☐ NÃO☐
Quando há discordância na opinião do casal conseguem chegar a consenso
SIM☐ NÃO☐
Satisfação com o padrão de comunicação do casal

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

- **Sexualidade**
  - **Disfunções sexuais** *(dispareunia, vaginismo,, disfunção eréctil, etc.)*

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>SIM</u>, especificar _____

  - **Membro com terapêutica que interfira na libido ou na expressão da sexualidade** *(antidepressivos, antihipertensores, quimioterapia,etc***.)**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>SIM</u>, especificar _____

  - **Satisfação com a frequência das relações sexuais**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

  - **Oportunidades de situações de conjugalidade** *(Tempo, espaço, privacidade, etc.)*

SIM☐ NÃO☐
Se <u>NÃO</u>, especificar_____

  - **Prazer sexual**

		Identificação do cônjuge	*Data*

SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Planeamento Familiar**

- **O casal planeia ter mais filhos SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>SIM</u>, quando _____
- **Alterações na fertilidade do casal SIM☐ NÃO☐**
- **Conhecimento do casal sobre contracepção**
  Conhecimento sobre os diversos métodos contraceptivos *(hormonais/ químicos, de barreira, cirúrgicos e naturais*) **SIM☐ NÃO☐**
  Conhecimento sobre a especificidade da contracepção de emergência SIM☐ NÃO☐
  Aprendizagem de habilidades do casal sobre o método contraceptivo adoptado SIM☐ NÃO☐
- **Conhecimento do casal sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)**
  Conhecimento sobre as principais ISTs SIM☐ NÃO☐
  Conhecimento sobre comportamentos de risco SIM☐ NÃO☐
  Conhecimento sobre os serviços de saúde de rastreio das ISTs SIM☐ NÃO☐
- **Conhecimento do casal sobre a vigilância pré-concepcional**
  Conhecimento do casal sobre a importância da consulta pré-concepcional SIM☐ NÃO☐
  Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais relacionados com a gravidez SIM☐ NÃO☐
- **Conhecimento sobre função reprodutora**
  Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM☐ NÃO☐
  Conhecimento sobre os órgãos reprodutores femininos e masculinos SIM☐ NÃO☐
  Conhecimento sobre a fisiologia da reprodução SIM☐ NÃO☐

<u>Estádio 5 – Família com filhos adultos</u>

➲ ***Facilitar a saída dos filhos de casa***

- **Adaptação à saída do(a) filho(a) de casa SIM☐ NÃO☐**
- **Satisfação com o contacto mantido SIM☐ NÃO☐**
- **Satisfação com a relação mantida com o companheiro(a) do filho (a) SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar_____

➲ **Renegociar a relação de casal**

➲ **Satisfação Conjugal**

(… continuidade na realização dos desejos, emoções gratificantes ou ratificação entre os parceiros de um casamento ou casais de uma família. CIPE/ICNP, Versão1.0,2006)

"O relacionamento conjugal é um aspecto central da vida adulta e a qualidade do mesmo tem implicações não só na saúde mental, mas também na saúde física e vida profissional de homens e mulheres" Norgren et al,2004

- **Tempo de partilha**
  - **Satisfação do casal com o tempo que estão juntos**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

  - **Comunicação**

Conversam sobre as expectativas e receios de cada um SIM☐ NÃO☐

Quando há discordância na opinião do casal conseguem chegar a consenso

SIM☐ NÃO☐

Satisfação com o padrão de comunicação do casal

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>Não</u> especificar _____

- **Sexualidade**
  - **Disfunções sexuais** *(dispareunia, vaginismo,, disfunção eréctil, etc.)*

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>SIM</u>, especificar _____

  - **Membro com terapêutica que interfira na libido ou na expressão da sexualidade** *(antidepressivos, antihipertensores, quimioterapia,etc***.)**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>SIM</u>, especificar _____

  - **Satisfação com a frequência das relações sexuais**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

  - **Oportunidades de situações de conjugalidade** *(Tempo, espaço, privacidade, etc.)*

SIM☐ NÃO☐

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

  - **Prazer sexual**

		Identificação do cônjuge	*Data*
SIM☐	**NÃO☐**		
SIM☐	**NÃO☐**		

Se <u>NÃO</u>, especificar_____

- **Planeamento Familiar**

- **Uso de contracepção SIM☐ NÃO☐**

- **Conhecimento do casal sobre contracepção**

  Conhecimento sobre os diversos métodos contraceptivos *(hormonais/ químicos, de barreira, cirúrgicos e naturais*) **SIM☐ NÃO☐**

  Conhecimento sobre a especificidade da contracepção de emergência SIM☐ NÃO☐

  Aprendizagem de habilidades do casal sobre o método contraceptivo adoptado SIM☐ NÃO☐

- **Conhecimento do casal sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)**

  Conhecimento sobre as principais ISTs SIM☐ NÃO☐
  Conhecimento sobre comportamentos de risco SIM☐ NÃO☐
  Conhecimento sobre os serviços de saúde de rastreio das ISTs SIM☐ NÃO☐

➲ Aprender a lidar com o envelhecimento

- **Rede social**

  Interacção com amigos SIM☐ NÃO☐

- **Expectativas em relação ao envelhecimento (Inclui expectativas relacionadas com a reforma; o abandono da casa e institucionalização; viuvez; etc)**

_____

_____

____

➲ Vínculos

Utilização da Psicofigura de Mitchel:

- Representação gráfica das relações inter-familiares;
- Interligação dos membros da família através de linhas com significado previamente estabelecido;
- Pode fazer parte do genograma ou do ecomapa;

DIMENSÃO FUNCIONALINSTRUMENTAL

Indicadores de avaliação

➲ Membro da família dependente no auto cuidado

- **Situação de dependência num dos membros SIM☐ NÃO☐**

Auto cuidado	Dependência	Prestador de cuidados	Especificação (quem é o prestador)
Autocuidado: Higiene			
Autocuidado: Vestuário			
Autocuidado: Comer			
Autocuidado: Beber			
Autocuidado: Ir ao sanitário			
Autocuidado: Comportamento sono-repouso			
Autocuidado: actividade de lazer			
Autocuidado: actividade física			

Se o prestador de cuidados ou um dos prestadores não for membro da família:

Iletrado SIM☐ NÃO☐

Profissão _____

Contacto _____

➲ Papel de Prestador de Cuidados

- **Conhecimento do papel**

Autocuidado	SIM	NÃO
Autocuidado: Higiene		
o Conhecimento sobre a importância da privacidade		
o Conhecimento sobre a manutenção da segurança		
o Conhecimento sobre a importância de estimular a independência		
o Conhecimento sobre a técnica de banho		
o Aprendizagem de habilidades sobre técnica de banho		
o Conhecimento sobre técnica de lavagem dos dentes		
o Aprendizagem de habilidade sobre técnica de lavagem dos dentes		
o Conhecimento sobre periodicidade da lavagem dos dentes		
o Conhecimento sobre utilização de fio dentário		
o Aprendizagem de habilidades na utilização de fio dentário		
o Conhecimento sobre técnica de fanerotomia		
o Aprendizagem de habilidades sobre técnica de fanerotomia		
o Conhecimento sobre higiene do cabelo (lavar, pentear e escovar)		
o Aprendizagem de habilidades sobre higiene do cabelo		
o Conhecimento sobre a importância da aparência cuidada *(barba bem cuidada, aplicação de desodorizantes, roupa limpa)*		
Autocuidado: Vestuário		
o Conhecimento sobre a adequação do vestuário ao clima		
o Conhecimento sobre técnica para vestir		
o Aprendizagem de habilidades na técnica de vestir		
o Conhecimento sobre técnica para despir		

o Aprendizagem de habilidades na técnica de despir		
Autocuidado: Comer		
o Conhecimento sobre padrão alimentar		
o Conhecimento sobre a preparação dos alimentos		
o Aprendizagem de habilidades na preparação dos alimentos		
o Conhecimento sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
o Aprendizagem de habilidades sobre técnica de alimentação (oral, SNG)		
Autocuidado: Ir ao sanitário		
o Conhecimento sobre equipamentos adaptativos		
o Aprendizagem de habilidades sobre equipamentos adaptativos		
Autocuidado: Comportamento sono-repouso		
o Conhecimento sobre a importância de um sono reparador		
o Conhecimento sobre a organização das horas de sono e repouso		
Autocuidado: Actividade recreativa		
o Conhecimento sobre a importância de manter actividades de lazer		
Autocuidado: Actividade física		
o Conhecimento sobre exercício físico		
o Conhecimento sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
o Aprendizagem de habilidades sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)		
o Conhecimentos sobre equipamentos adaptativos		
o Aprendizagem de habilidades sobre equipamentos adaptativos		

- **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se NÃO, especificar
  _____
- **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se NÃO, especificar
  _____
- **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐ NÃO☐**
  Se SIM, especificar
  _____

➲ **Membro(s) da família com deficiência** **********

➲ **Membro(s) da família com doenças crónicas** **********

➲ **Membro(s) da família com doenças oncológicas** **********

➲ **Problemas psicossociais na família** *(violência doméstica, abuso sexual, etc.)* **********

➲ Problemas bio-psico-sociais de repetição na família ampla **********************

➲ Padrão de sono dos membros da família

- **Alteração do padrão de sono num ou mais do que um membro da família**
  Se <u>SIM</u>, quem _____
  Especificar _

_____

➲ Padrão alimentar da família

- **Refeições em conjunto SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>SIM</u>, especificar_____
- **Membro com dieta específica SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>SIM</u>, quem _____
  Especificar _____
- **Capacidade da família em se adaptar SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÂO</u>, especificar *(dificuldades económicas, de gestão de tempo, desconhecimento, etc.)*_____

Actividades recreativas

- **A família tem actividades de lazer em conjunto SIM☐ NÃO☐**
- **Os membros da família têm actividades de lazer individuais SIM☐ NÃO☐**
- **Satisfação com a gestão das actividades de lazer SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u> , especificar_____

<u>DIMENSÃO FUNCIONAL EXPRESSIVA</u>

➲ <u>Comunicação Emocional</u>

<u>Indicadores de avaliação</u>

- **Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família. SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>Não</u> especificar _____
- **Quem na família expressa mais os sentimentos _____**
- **Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos**
  - **Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família.**
    Favorável ☐ Desfavorável☐

➲ Comunicação Verbal / Comunicação Não Verbal

Indicadores de avaliação

- **Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. SIM☐ NÃO☐**

  Se NÂO, especificar_____
- **Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros SIM☐ NÃO☐**

  Se NÃO, especificar _____

➲Comunicação Circular

Indicadores de avaliação

- **Satisfação de cada membro sobre a forma como se comunica na família**

  SIM☐ NÃO☐

  Se NÃO, como se expressa essa insatisfação _____

- **Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa**

  Positivo☐ Negativo☐

  Se Negativo, especificar _____

➲Solução de Problemas

Indicadores de avaliação

- **Quem na família habitualmente identifica os problemas _____**
- **Quem tem a iniciativa para os resolver _____**
- **Existe discussão sobre os problemas na família SIM☐ NÃO☐**
- **Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas SIM☐ NÃO☐**

  Se NÃO especificar _____

- **A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas**

SIM☐ NÃO☐

Se SIM, quais (instituições, profissionais, família alargada, etc.) _____

- **Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas**

  SIM☐ NÃO☐

➲Papéis

Indicadores de avaliação

- **Papel provedor**
  - **Quem desempenha** _____
  - **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
    Se NÃO, especificar _____
  - **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐ NÃO☐**
    Se NÃO, especificar _____
  - **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐ NÃO☐**
    Se SIM, especificar _____

- **Papel gestão financeira** ***"gestão financeira é um tipo de governo da casa com as características específicas: encarregar-se de, e gerir, a economia doméstica e lidar com as questões financeiras e negócios"*** *(CIPE/ICNP,BETA 2,2002, p:60)*
  - **Quem desempenha** _____
  - **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
    Se NÃO, especificar _____
  - **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐ NÃO☐**
    Se NÃO, especificar _____
  - **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐ NÃO☐**
    Se SIM, especificar _____

- **Papel Cuidado Doméstico** ***"Cuidado doméstico é um tipo de acção realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta e comprar os bens para o ambiente doméstico pessoal, tomar conta da casa e do lar como local de vida, manter a casa e o lar para as actividades do dia a dia"*** *(CIPE/ICNP,BETA 2,2002, p:59) – Incluí as tarefas domésticas habituais como fazer as compras, arranjo da casa, cozinhar, limpar, tratar da roupa, manutenção da casa, etc.)*
  Em situações em que exista uma empregada doméstica que desenvolve a maioria destas tarefas, designa-se o membro da família que coordena as mesmas
  - **Quem desempenha** _____

- **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____
- **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐**
  NÃO☐
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____
- **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐**
  NÃO☐
  Se <u>SIM</u>, especificar
  _____

➢ **<u>Papel Recreativo</u>**

- **Quem desempenha** _____
- **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____
- **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐**
  NÃO☐
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____
- **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐**
  NÃO☐
  Se <u>SIM</u>, especificar
  _____

➢ **<u>Papel de Parente</u>**

- **Quem desempenha** _____
- **Consenso do Papel** (*os membros da família podem ou não estar de acordo com as expectativas ligadas a cada papel)* **SIM☐ NÃO☐**
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____
- **Conflitos de papel** (*as expectativas entre os papéis familiares, ou de um papel familiar, são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papéis)* **SIM☐**
  NÃO☐
  Se <u>NÃO</u>, especificar
  _____
- **Saturação do papel** *(a pessoa não tem os recursos, nem o tempo e energia para satisfazer as necessidades do papel))* **SIM☐**
  NÃO☐
  Se <u>SIM</u>, especificar
  _____

➢ **<u>Papel Parental</u> (integrado na dimensão desenvolvimental)**

- Papel de Prestador de Cuidados **(integrado na dimensão funcional instrumental)**

- **Capacidade de outros elementos da família na readaptação a novos papéis SIM☐NÃO☐**

- **Capacidade da família à readaptação dos papéis. SIM☐NÃO☐**

- **Satisfação da família com o desempenho de papeis individuais dos seus membros (papel de estudante, papel no trabalho, etc) SIM☐ NÃO☐**

➲Influência e Poder

Indicadores de avaliação

- **Membro com maior poder na família_____**
- **Satisfação da família relativamente à influência de cada membro da família SIM☐ NÃO☐**
  Se NÃO, especificar _____

➲Crenças

Indicadores de avaliação

- **Crenças familiares**

(a colheita de dados relativamente às crenças decorre da observação de comportamentos e da interpretação que a família faz dos mesmos)

  - **religiosas _____**
  - **espirituais _____**
  - **valores _____**
  - **culturais _____**

- **Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde _____**

➲Alianças e Uniões

Indicadores de avaliação

- **➲ Existem na família alianças entre alguns dos seus membros SIM☐NÃO☐**

  Se Sim especificar (quem e que tipo de alianças)
  _____

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união SIM☐NÃO☐
Se NÃO, especificar _____

Apgar Familiar De Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos
Algumas vezes: 1 ponto
Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional
4 a 6 – Família com moderada disfunção
0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Avaliação final:

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

N.º	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo intimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Inicio ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena divida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no numero de reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à lei	11
	TOTAL	

150-200: Menor probabilidade de incidência doenças

200-300: 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica

> 300: 8

Anexo 6 – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (versão definitiva)

MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

Maria Henriqueta Figueiredo

Avaliação Familiar

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Genograma
Ecomapa

➲Composição Familiar (Inclui ordem de nascimentos e sub-sistemas)

➲Tipo de Família

- Casal ☐
- Família nuclear ☐
- Família reconstruída ☐
- Família monoparental
  - Monoparental liderada pelo homem ☐
  - Monoparental liderada pela mulher ☐
- Coabitação ☐
- Família institucional ☐
- Comuna ☐
- Unipessoal ☐
- Alargada ☐

➲Família extensa – Tipo de contacto

- Pessoal ☐
- Telefónico ☐
- Carta/e-mail ☐
- Outro ☐

➲Família extensa – Intensidade de contacto

- Diário ☐
- Semanal ☐
- Quinzenal ☐
- Mensal ☐
- Outro ☐

  Especificar _____

➲ Família extensa – Função das relações

- Companhia social ☐
- Apoio emocional ☐
- Guia cognitivo e conselhos ☐
- Regulação social ☐
- Ajuda material e de serviço ☐
- Acesso a novos contactos ☐

➲Sistemas mais Amplos

- ➲ Trabalho
- ➲ Instituições de Ensino – Escola
- ➲ Instituições de Saúde
- ➲ Instituições Religiosas
- ➲ IPSS

Vínculo Forte
Vínculo Forte: Especificar elemento
Vínculo Intermédio
Vínculo Intermédio: Especificar elemento
Vínculo Fraco
Vínculo Fraco: Especificar elemento
Gerador de Stress
Gerador de Stress: Especificar elemento

- Actividades de Lazer e Cultura
- Amigos
- Outros Sub-sistemas

- Classe Social (Escala de Graffar adaptada)

- Edifico residencial

  - Barreiras arquitectónicas SIM ☐ NÃO☐
    Se SIM, quais: _____

  - Aquecimento SIM ☐ NÃO☐
  - Tipo de aquecimento
    - Central ☐
    - Aquecedor a gás ☐
    - Aquecedor eléctrico ☐
    - Lareira ☐
    - Cobertor eléctrico ☐

  - Abastecimento de gás SIM ☐ NÃO☐
  - Tipo de abastecimento de gás
    - Gás canalizado ☐
    - Gás de botija ☐

  - Higiene da habitação SIM ☐ NÃO☐

- Sistema de abastecimento

  - Abastecimento de água
    - Não tem ☐
    - Rede pública ☐
    - Rede privada (furo/ poço) ☐
    - Rede mista ☐
  - Utilização da água da rede privada para consumo humano SIM ☐ NÃO☐
    - Controle da qualidade da água SIM ☐ NÃO ☐

  - Serviço de tratamento de resíduos
    - Rede pública ☐
    - Fossa séptica ☐
    - Não tem ☐

- Ambiente Biológico
  - Animal doméstico SIM ☐ NÃO☐
    - Se sim qual ou quais: _____
    - Vacinação SIM ☐ NÃO ☐
    - Desparasitação SIM ☐ NÃO ☐
    - Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.)

_____

DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

Etapa do Ciclo Vital Familiar

1. Formação do casal ☐
2. Família com filhos pequenos ☐
3. Família com filhos na escola ☐
4. Família com filhos adolescentes ☐
5. Família com filhos adultos ☐

Tarefas de desenvolvimento

Satisfação Conjugal

Relação Dinâmica

- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

Identificação do cônjuge

SIM☐ NÃO☐
SIM☐ NÃO☐

Se Não especificar _____

- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos

Identificação do cônjuge

SIM☐ NÃO☐
SIM☐ NÃO☐
Se Não especificar _____

- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos

Identificação do cônjuge

SIM☐ NÃO☐
SIM☐ NÃO☐
Se Não especificar _____

Comunicação

- O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um SIM☐ NÃO☐
- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião SIM☐ NÃO☐
- Satisfação com o padrão de comunicação do casal

Identificação do cônjuge

SIM☐ NÃO☐
SIM☐ NÃO☐
Se Não especificar _____

Interacção Sexual

- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade

Identificação do cônjuge

SIM☐ NÃO☐
SIM☐ NÃO☐
Se Não especificar _____

- Conhecimento do casal sobre sexualidade SIM ☐ NÃO ☐

Identificação do cônjuge

SIM☐ NÃO☐
SIM☐ NÃO☐

Função Sexual

- Disfunções sexuais

		Identificação do cônjuge
SIM☐	NÃO☐	
SIM☐	NÃO☐	

- Tipo de disfunção

Perturbação do desejo sexual ☐ especificar_____
Disfunção eréctil ☐
Disfunção da ejaculação ☐ especificar_____
Perturbações do orgasmo ☐
Dispareunia ☐
Vaginismo ☐

- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais SIM ☐ NÃO☐

Planeamento Familiar

Fertilidade

- O casal planeia ter filhos/ mais filhos SIM☐ NÃO☐
- Se SIM quando _____

- Alterações na fertilidade do casal SIM☐ NÃO☐
- Se SIM, especificar _____
- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial SIM☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade SIM☐NÃO☐

Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional

- Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional SIM☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez
  SIM☐ NÃO☐

Uso de Contraceptivo SIM☐ NÃO☐

- Método

Anticoncepcional oral ☐
Anticoncepcional injectável ☐
Anel vaginal ☐
Implante intra dérmico ☐
Adesivo transdérmico ☐
Cirúrgico ☐
Espermicidas ☐
Preservativo ☐
Naturais ☐

- Interrupção do uso de contraceptivo SIM ☐ NÃO☐
  Quando: _____
- Motivo

Indicação clínica ☐
Planeamento de gravidez ☐
Gravidez ☐
Outro ☐

- Satisfação com o contraceptivo adoptado SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre contracepção de emergência SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo SIM ☐ NÃO☐

Conhecimento sobre Reprodução

- Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada SIM ☐ NÃO☐

Adaptação à gravidez

Conhecimento

- Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puérperio SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido SIM ☐ NÃO☐
- Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido SIM ☐ NÃO☐

Comunicação

- O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez SIM ☐ NÃO☐
- O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade SIM ☐ NÃO☐
- Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais SIM ☐ NÃO☐

Comportamentos de adesão

- A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia

SIM ☐ NÃO☐

- O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto SIM ☐ NÃO☐
- O casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé SIM ☐ NÃO☐

Papel Parental

Família com filhos pequenos (de recém-nascido à infância escolar)

Conhecimento do papel (recém-nascido)

Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical SIM ☐ NÃO☐
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno SIM ☐ NÃO☐
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial SIM ☐ NÃO☐
Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre características das dejecções do recém-nascido SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r..n SIM ☐ NÃO☐
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r..n SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido SIM ☐ NÃO☐
Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais vigilância de saúde SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação SIM ☐ NÃO☐

Conhecimento do papel (de recém-nascido à infância escolar)

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes SIM ☐ NÃO☐
Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre socialização SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes SIM ☐ NÃO☐

Comportamentos de adesão

Os pais proporcionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem uma higiene adequada à criança SIM ☐ NÃO☐

Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem a socialização da criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais definem regras entre os sub-sistemas SIM ☐ NÃO☐
Os pais interagem positivamente com a criança SIM ☐ NÃO☐

- Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
Se NÃO, especificar _____

- Conflitos de papel SIM☐NÃO☐
Se SIM, especificar _____

- Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
Se SIM, especificar _____

Família com filhos na escola (da infância escolar ao inicio da adolescência)

- Conhecimento do papel

Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre higiene oral SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre socialização SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social SIM ☐ NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes SIM ☐ NÃO☐

- Adaptação da família à escola

Reorganização funcional para adaptação aos novos horários SIM ☐ NÃO☐
Criação de espaço para a criança estudar SIM ☐ NÃO☐
Participação dos pais nas actividades de estudo da criança SIM ☐ NÃO☐
Participação dos pais nas reuniões e actividades escolares SIM ☐ NÃO☐
Promoção da socialização/autonomia da criança SIM ☐ NÃO☐

- Comportamentos de adesão

Os pais propocionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança
SIM ☐ NÃO☐
Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem uma higiene adequada à criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais promovem a socialização da criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais definem regras entre os sub-sistemas SIM ☐ NÃO☐
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança SIM ☐ NÃO☐
Os pais interagem positivamente com a criança SIM ☐ NÃO☐

- Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
Se NÃO, especificar _____

- Conflitos de papel SIM☐NÃO☐

Se SIM, especificar _____

Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
Se SIM, especificar _____

Família com filhos adolescentes (da adolescência até ao início da idade adulta)

Conhecimento do papel

Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação do adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre actividades de exercício adequado ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas	SIM ☐	NÃO☐
e socioculturais da adolescência	SIM ☐	NÃO☐
Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	SIM ☐	NÃO☐

Comportamentos de adesão

Os pais proprocionam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente
SIM ☐ NÃO☐

Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado ao adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Os pais definem regras entre os sub-sistemas	SIM ☐	NÃO☐
Os pais promovem a interacção com o grupo de amigos	SIM ☐	NÃO☐
A família respeita a privacidade do adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida	SIM ☐	NÃO☐
O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião	SIM ☐	NÃO☐
A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Os pais estimulam o desenvolvimento cognitivo e emocional do adolescente	SIM ☐	NÃO☐
Os pais interagem positivamente com o adolescente	SIM ☐	NÃO☐

Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
Se NÃO, especificar _____

Conflitos de papel SIM☐NÃO☐
Se SIM, especificar _____

Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
Se SIM, especificar _____

Família com filhos adultos

Conhecimento do papel

Conhecimento sobre as tarefas do nova etapa desenvolvimental SIM☐ NÃO☐

Comportamentos de adesão

Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto	SIM ☐	NÃO☐
Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos	SIM ☐	NÃO☐
Satisfação com o contacto mantido com o filho	SIM ☐	NÃO☐
Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)	SIM ☐	NÃO☐

Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
Se NÃO, especificar _____

Conflitos de papel SIM☐NÃO☐
Se SIM, especificar _____

Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
Se SIM, especificar _____

DIMENSÃO FUNCIONAL - INSTRUMENTAL

Membro da família dependente SIM ☐ NÃO☐
Dependência em:

- Autocuidado Higiene SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados
  Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Autocuidado Vestuário SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados
  Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Autocuidado Comer SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados
  Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Autocuidado Beber SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados
  Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Autocuidado Ir ao sanitário SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados
  Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Autocuidado Comportamento sono-repouso SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Autocuidado Actividade de lazer SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Autocuidado Actividade Física SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____
- Gestão do regime terapêutico SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Autovigilância SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Auto-Administração de medicamentos SIM ☐ NÃO☐
  Prestador de cuidados Membro da família SIM ☐ NÃO☐
  Se SIM quem: _____
  Membro da família extensa SIM ☐ NÃO☐
  Vizinho SIM ☐ NÃO☐
  Ajudante de saúde SIM ☐ NÃO☐
  Outro SIM ☐ NÃO☐
  Especificar _____

- Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Iletrado SIM ☐ NÃO☐
Profissão _____
Contacto_____

Papel de Prestador de cuidados

➲Conhecimento do papel

1. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes
Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes
Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário
Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes
Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, excovar)
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia

2. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir

3. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação

4. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos

5. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos

6. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso

7. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade recreativa

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter actividades de lazer

8. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade física

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)
Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos

9. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência

Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença
Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações
Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso

10. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés

11. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos
Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência
Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos
Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos
Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos

➲Comportamentos de adesão
O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente
O Prestador de cuidados promove Higiene adequada ao membro da família dependente
O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente
O Prestador de cuidados promove Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente
A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente
O Prestador de cuidados promove Comportamento sono-repouso adequado ao membro da família dependente S/N
O Prestador de cuidados promove actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente
O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente
O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância

➲Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
Se NÃO, especificar _____

➲Conflitos de papel SIM☐NÃO☐
Se SIM, especificar _____

➲Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
Se SIM, especificar _____

DIMENSÃO FUNCIONAL - EXPRESSIVA

➲ Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

➲ Comunicação Familiar

➲Comunicação Emocional

- Quem na família expressa mais os sentimentos _____
- Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da S/N
  Se NÃO, especificar _____
- Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros S/N
  Se NÃO, especificar _____

- Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família Favorável/Não Favoravél
  Se NÃO Favorável, especificar _____

Comunicação Verbal/ Não verbal

- Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. S/N
  Se NÃO, especificar _____
- Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros S/N
  Se NÃO, especificar _____

Comunicação Circular

- Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família S/N
  Se NÃO, especificar _____
- Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa Favorável/Não Favorável
  Se NÃO FAVORÁVEL especificar _____

Coping Familiar

Solução de Problemas

- Quem na família habitualmente identifica os problemas _____
- Quem tem a iniciativa para os resolver _____
- Existe discussão sobre os problemas na família S/N
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas S/N

  Se NÃO, especificar _____
- A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas S/N
- Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas S/N
  Se NÃO, especificar _____

Papéis Familiares

Interacção de Papéis

- Papel provedor
  Quem desempenha _____
  Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
  Se NÃO, especificar _____
  Conflitos de papel SIM☐ NÃO☐
  Se SIM especificar _____
  Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
  Se SIM, especificar _____
- Papel gestão financeira
  Quem desempenha _____
  Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
  Se NÃO, especificar _____
  Conflitos de papel SIM☐ NÃO☐
  Se SIM especificar _____
  Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
  Se SIM, especificar _____
- Papel Cuidado Doméstico
  Quem desempenha _____
  Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
  Se NÃO, especificar _____
  Conflitos de papel SIM☐ NÃO☐
  Se SIM especificar _____
  Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
  Se SIM, especificar _____
- Papel Recreativo
  Quem desempenha _____
  Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
  Se NÃO, especificar _____
  Conflitos de papel SIM☐ NÃO☐

Se SIM especificar _____
Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
Se SIM, especificar _____

- .Papel de Parente
  Quem desempenha _____
  Consenso do Papel SIM☐ NÃO☐
  Se NÃO, especificar _____
  Conflitos de papel SIM☐ NÃO☐
  Se SIM especificar _____
  Saturação do papel SIM☐ NÃO☐
  Se SIM, especificar _____

Crenças

Crenças familiares

- religiosas _____
- espirituais _____
- valores _____
- culturais _____
- Crenças da família sobre a intervenção dos profissionais de saúde

Relação Dinâmica

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

.Influência e Poder

- Membro com maior poder na família_____
- Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros S/N

Se NÃO, especificar _____

Alianças e Uniões

- Existem na família alianças entre alguns dos seus membros S/N
  Se Sim especificar (quem e que tipo de alianças) _____
- Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união S/N
  Se NÃO, especificar _____

Coesão e Adaptabilidade da Família (FACES II)

Coesão

- Desmembrada ☐
- Separada ☐
- Ligada ☐
- Muito ligada ☐

Adaptabilidade

- Rígida ☐
- Estruturada ☐
- Flexível ☐
- Muito Flexível ☐

Tipo de Família

- Muito equilibrada ☐
- Equilibrada ☐
- Meio-term ☐

Extrema ☐

Funcionalidade da Família – percepção dos membros

Apgar Familiar de Smilkstein

Membro_____	Resultado	
	Família altamente funcional	☐
	Família com moderada disfunção	☐
	Família com disfunção acentuada	☐
Membro_____	Resultado	
	Família altamente funcional	☐
	Família com moderada disfunção	☐
	Família com disfunção acentuada	☐
Membro_____	Resultado	
	Família altamente funcional	☐
	Família com moderada disfunção	☐
	Família com disfunção acentuada	☐
Membro_____	Resultado	
	Família altamente funcional	☐
	Família com moderada disfunção	☐
	Família com disfunção acentuada	☐

Dos Diagnósticos de Enfermagem de Família ás Intervenções
Dimensão Estrutural

Foco	**Rendimento Familiar**
Juízo	Insuficiente/ Não Insuficiente
Critérios diagnósticos	Rendimento Familiar Insuficiente se **Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5(AF)** e Conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Não Demonstrado

Dimensões	Juízo
Conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares	Demonstrado/ Não Demontrado

Rendimento Familiar Insuficiente	**Intervenções Sugeridas**
	Requerer serviços sociais (técnica de serviço social) Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social) Promover a gestão do rendimento familiar

Foco	**Edifico Residencial**
Juízo	Seguro/ Não seguro Negligenciado/ Não negligenciado
Critérios diagnósticos	**Edifico residencial Não Seguro:** Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) **Edifício residencial negligenciado**: • Se Higiene da Habitação NÃO e/ou • Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou • Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado

Dimensões	**Juízo**
Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro Conhecimento sobre governo da casa Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional	Demonstrado/ Não Demonstrado

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Edifico residencial Não Seguro	Requerer serviço social (técnica de serviço social) Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia) Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social, autarquia, etc.)
Edifício residencial Negligenciado	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional Promover governo da casa Reforçar o governo da casa Instruir a família sobre governo da casa Motivar a família para governo da casa Requerer serviços sociais (IPSS)

Foco	**Precaução de Segurança**
Juízo	Demonstrado/Não Demonstrado
Critérios diagnósticos	**Precaução de Segurança Não Demonstrada** se: • Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou • Utilização de gás doméstico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento e/ou • Equipamento eléctrico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre manutenção de equipamento eléctrico e/ou • Existência de Barreiras arquitectónicas e Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação ás barreiras arquitectónicas

Dimensões	**Juízo**
Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento Conhecimento não demonstrado sobre manutenção de equipamento eléctrico Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação ás barreiras arquitectónicas	Demonstrado/Não Demonstrado

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Precaução de Segurança Não Demonstrada	Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento Ensinar sobre utilização de equipamento de gás Ensinar sobre utilização de equipamento eléctrico Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento Negociar sobre utilização de equipamento de gás Negociar sobre utilização de equipamento eléctrico Motivar para estratégias de adaptação ás barreiras arquitectónicas Orientar para serviços da comunidade

Foco	**Abastecimento de Água**
Juízo	Adequado/ Não Adequado
Critérios diagnósticos	**Abastecimento de Água Não Adequado Se:** • Utilização da água de rede privada para consumo humano e a família NÃO efectua o controle de qualidade e/ou • Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade e/ou • Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água

Dimensões	**Juízo**
Conhecimento sobre controlo da qualidade da água Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	Demonstrado/Não Demonstrado

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Abastecimento de Água Não Adequado	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água Orientar para serviços de controlo da qualidade da água

Foco	**Animal doméstico**
Juízo	Negligenciado/ Não Negligenciado
Critérios diagnósticos	**Animal doméstico negligenciado se:** 1. Se Animal não vacinado e/ou Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal e/ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade 2.Se Animal não desparasitado e/ou Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação do animal doméstico e/ ou Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade

Dimensões	**Juízo**
Conhecimento não demonstrado sobre vacinação do animal doméstico Conhecimento não demonstrado sobre serviços da comunidade Conhecimento não demonstrado sobre desparasitação de animal doméstico	Demonstrado/Não Demonstrado

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Animal Doméstico Negligenciado	Ensinar sobre vacinação do animal doméstico (Programa Nacional de Luta e Vigilância Epidemiológica da raiva animal e outras zoonoses) Orientar para serviços da comunidade Ensinar sobre desparasitação do animal doméstico Motivar para vacinação do animal doméstico Motivar para desparasitação do animal doméstico Supervisionar vacinação do animal

Dos Diagnósticos de Enfermagem de Família às Intervenções
Dimensão Desenvolvimental

Foco	**Satisfação Comjugal**
Juízo	Mantida/ Não Mantida
Critérios diagnósticos	**Satisfação Conjugal Não Mantida se**: • Relação dinâmica disfuncional e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Interacção Sexual Não Adequada e/ou • Relação Sexual Comprometida

Dimensões	**Dados de caracterização** **(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)**	**Juízo**	**Critérios diagnósticos**
Relação Dinâmica do casal	1.Satisfação do casal com a divisão/ partilha das tarefas domésticas 2.Satisfação do casal com o tempo que passam juntos 3. Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos	Disfuncional/ Não disfuncional	**Relação dinâmica disfuncional se:** . Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Comunicação do casal	1. O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um 2. O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião 3. Satisfação com o padrão de comunicação do casal	Eficaz/ Não eficaz	**Comunicação Não eficaz se:** Item 3: Não Itens 1 ; 2: Não Itens 1 ; 2.; 3: Não
Interacção Sexual	1.Satisfação do casal com o padrão de sexualidade 2.Conhecimento sobre sexualidade	Adequada/ Não Adequada	**Interacção Sexual Não Adequada se:** Íten 1: Não Itens 1 ; 2: Não
Função sexual	1. Disfunções sexuais 2. Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais	Comprometida/ Não Compremetida	**Relação Sexual Comprometida Se:** Íten 1: Sim Iten 1: Sim e Item 2:Não

Satisfação conjugal não mantida	Intervenções Sugeridas
	Motivar para a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas Aconselhar a redefinição da divisão/ partilha das tarefas domésticas Promover a comunicação expressiva das emoções Promover a comunicação do casal Planear rituais familiares Motivar para actividades em conjunto Ensinar sobre sexualidade Ensinar sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais Orientar para serviços médicos Orientar para terapia familiar Orientar para serviços (psicologia)

Foco	**Planeamento Familiar**
Juízo	Eficaz/ Não Eficaz
Critérios diagnósticos	**Planeamento Familiar Ineficaz** • Se o casal planeia ter filhos/mais filhos e não tem uso de contraceptivo: "Fertilidade Comprometida" e/ou "Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado" e/ou "Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado • Se o casal tem uso de contraceptivo e "uso de contraceptivo não adequado" e/ou "conhecimento sobre reprodução não demonstrado"

Dimensões	**Dados de caracterização** **(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)**	**Juízo**	**Critérios diagnósticos**
Uso de contraceptivo	Uso de contraceptivo 1. Satisfação com o contraceptivo adoptado 2. Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos 3. Conhecimento do casal sobre contracepção de emergência 4. Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo **5.** Aprendizagem de habilidades para o uso de contraceptivo	Adequado / Não adequado	**Uso de contraceptivo Não adequado Se :** Uso de contraceptivo SIM e Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional	1. Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional 2. Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez	Demonstrado/ Não demonstrado	**Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não demonstrado se**: Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no Não
Conhecimento sobre Reprodução	1. Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher 2. Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino 3. Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino 4. Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez 5. Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes 6. Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejadas	Demonstrado/ Não demonstrado	**Conhecimento sobre Reprodução Não demonstrado se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no Não
Fertilidade	Alterações na fertilidade do casal 1. Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial S/N 2. Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade S/N	Comprometida Não comprometida	**Fertilidade Comprometida se**: O casal deseja ter filhos e tem alterações na fertilidade e/ou um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO

Planeamento Familiar Ineficaz	Intervenções Sugeridas
	Ensinar o casal sobre métodos contraceptivos Ensinar/ Instruir o casal sobre contracepção de emergência Orientar Antecipadamente sobre o uso de contraceptivos de emergência Ensinar/ Instruir/ Treinar o casal sobre uso de contraceptivo adoptado Motivar para o uso do contraceptivo Providenciar contraceptivo Providenciar material de leitura Informar/ orientar o casal sobre consulta pré-concepcional Ensinar o casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez Ensinar o casal sobre o ciclo sexual da mulher Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino Ensinar o casal sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor masculino Ensinar o casal sobre fecundação e gravidez Informar o casal sobre consequências da gravidez não desejada Informar o casal sobre vantagens do espaçamento adequado das gravidezes Orientar o casal para serviços médicos Informar o casal sobre métodos de fertilização artificial

Foco	**Adaptação á gravidez**
Juízo	Adequada/ Não Adequada
Critérios diagnósticos	**Adaptação à Gravidez Não Adequada Se**: • Conhecimento Não demonstrado e/ou • Comunicação Não Eficaz e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado

Dimensões	***Dados de caracterização*** ***(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)***	**Juízo**	**Critérios diagnósticos**
Conhecimento	*1.Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez* *2.Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade* *3.Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez* *4.Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez* *5.Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital* *6.Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez* *7.Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto* *8.Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal* *9.Conhecimento do casal sobre processo psicológico associado ao puérperio* *10.Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido* *11.Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé* *12.Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido* *13.Conhecimento do casal sobre alimentação do recém-nascido*	Demonstrado/ Não demonstrado	**Conhecimento Não demonstrado Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Comunicação	*1.O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez* *2.O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade* *3.Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais*	Eficaz/ Não eficaz	**Comunicação Não Eficaz se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Comportamentos de adesão	*1.A grávida/ casal é assídua (o) às consultas de Saúde Materna/Obstetrícia S/N* *2. O casal está inscrito/frequenta o curso de Preparação para o Parto S/N* *3. O.casal está a preparar/ preparou o enxoval da mãe e do bebé S/N*	Demonstrado/ Não Demonstrado	**Comportamentos de adesão Não Demonstrado se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Adaptação à gravidez Não adequada	Informar o casal sobre direitos sociais na gravidez Informar o casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade Ensinar o casal sobre etapas de adaptação á gravidez Ensinar o casal sobre alterações fisiológicas na gravidez Ensinar o casal sobre nova etapa do ciclo vital Informar/ orientar o casal sobre curso de preparação para o parto Informar o casal sobre vigilância de saúde na gravidez Ensinar o casal sobre desenvolvimento fetal Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puérperio Informar casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido Informar o casal sobre enxoval da mãe e do bebé Ensinar o casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Ensinar o casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido Ensinar o casal sobre alimentação do recém-nascido Ensinar o casal sobre processo psicológico associado ao puérperio Orientar para serviços de saúde Facilitar o suporte familiar Promover a comunicação expressiva das emoções Promover a comunicação do casal

Foco	**Papel Parental (Família com filhos pequenos)**		
Juízo	Adequado/ Não adequado		
Critérios diagnósticos	**Papel parental Não Adequado se**: • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de Adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM		
Dimensões	**Dados de caracterização** **(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)**	**Juízo**	**Critérios diagnósticos**
Conhecimento Conhecimento do papel (recém-nascido)	Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical Aprendizagem de habilidades sobre cuidados ao coto umbilical Conhecimento dos pais sobre aleitamento materno Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento materno Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial Aprendizagem de habilidades sobre técnica de aleitamento artificial Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido Conhecimento dos pais sobre características das dejecções do recém-nascido Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica Conhecimento dos pais sobre posicionamento do r..n Aprendizagem de habilidades dos pais sobre posicionamento do r..n Conhecimento dos pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Aprendizagem de habilidades sobre cuidados de higiene ao r.n Conhecimento dos pais vigilância de saúde Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido Conhecimento dos pais sobre competências do recém-nascido Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação	Demonstrado/ Não Demonstrado	**Conhecimento Não Demonstrado Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Conhecimento do papel (de recém-nascido até á infância escolar)	Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes Aprendizagem de habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes		

	Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação Conhecimento dos pais sobre socialização Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes		
Comportamentos de adesão	Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança Os pais promovem uma higiene adequada à criança Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança Os pais promovem a socialização da criança Os pais definem regras entre os sub-sistemas	Demonstrado/ Não demonstrado	**Conhecimento Não Demonstrado Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Papel parental Não adequado Conhecimento não demonstrado	**(recém-nascido)** Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical Ensinar os pais sobre aleitamento materno Instruir/ Treinar os pais sobre técnica de aleitamento materno Ensinar os pais sobre aleitamento artificial Instruir/ treinar os pais sobre técnica de aleitamento artificial Ensinar os pais sobre características das dejecções do recém-nascido Ensinar os pais sobre perda de peso fisiológica Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre posicionamento do recém-nascido Ensinar/ Instruir/ Treinar os pais sobre cuidados de higiene ao recém-nascido Ensinar os pais sobre vigilância de saúde Ensinar os pais sobre características do recém-nascido Ensinar os pais sobre competências do recém-nascido Ensinar os pais sobre processo de vinculação **(de recém-nascido até á infância escolar)**

Comportamentos de adesão não demonstrado	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para um padrão de actividades de lazer adequado á criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários
Consenso <u>NÂO</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
Conflito <u>SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família;

Saturação <u>SIM</u>	Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de *coping* para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a refefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada

Foco	**Papel Parental (Família com filhos na escola)**
Juízo	Adequado/ Não adequado
Critérios diagnósticos	**Papel parental Não Adequado se**: • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Adaptação da família à escola Não Eficaz e/ou • Comportamentos de Adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM

Dimensões	**Dados de caracterização** **(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)**	**Juízo**	**Critérios diagnósticos**
Conhecimento do papel (da infância escolar ao inicio da adolescência)	Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado à criança Conhecimento dos pais sobre higiene oral Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado à criança Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação Conhecimento dos pais sobre socialização Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	Demonstrado/ Não demonstrado	**Conhecimento Não demonstrado** **Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Adaptação da família á escola	*Reorganização funcional para adaptação aos novos horários* *Criação de espaço para a criança estudar* *Participação dos pais nas actividades de estudo da criança* *Participação dos pais nas reuniões e actividades escolares* *Promoção da socialização/autonomia da criança*	Eficaz/ Não eficaz	**Adaptação da família à escola Não Eficaz Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Comportamentos de adesão	*Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade da criança* *Os pais fomentam a adesão à vacinação da criança* *Os pais promovem a ingestão nutricional adequada à criança* *Os pais promovem uma higiene adequada à criança*	Demonstrado/ Não demonstrado	**Comportamentos de adesão Não Demonstrado Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO

	Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança *Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado á criança* *Os pais promovem um padrão de exercício adequado á criança* *Os pais promovem a socialização da criança* *Os pais definem regras entre os sub-sistemas*		

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Papel parental Não adequado	
Conhecimento do Papel (da infância escolar ao inicio da adolescência)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes
Adaptação da família á escola	Promover/ Advogar estratégias de reorganização funcional para adaptação aos novos horários Advogar criação de espaço para a criança estudar Motivar os pais para a participação nas actividades de estudo da criança Motivar os pais para a participação nas nas reuniões e actividades escolares Promover a socialização/autonomia da criança
Comportamentos de adesão não demonstrado	Motivar os pais para as consultas de vigilância da criança Motivar os pais para a adesão à vacinação da criança Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada à criança

	Motivar os pais para higiene adequada à criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para um padrão de actividades de lazer adequado á criança Motivar os pais para um padrão de exercício adequado á criança Motivar os pais para a socialização da criança Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Orientar para serviços sociais Orientar para serviços comunitários
Consenso <u>NÂO</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
Conflito <u>SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
Saturação <u>SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de *coping* para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a refefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada

Foco	**Papel Parental (Família com filhos adolescentes)**
Juízo	Adequado/ Não adequado
Critérios diagnósticos	**Papel parental Não Adequado se**: • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Comportamentos de Adesão Não demonstrado e/ou • Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM

Dimensões	**Dados de caracterização** **(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar**	**Juízo**	**Critérios diagnósticos**
Conhecimento do papel (da adolescência ate ao inicio da idade adulta)	Conhecimento dos pais sobre padrão alimentar adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de sono/repouso adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de higiene oral Conhecimento dos pais vigilância de saúde/vacinação do adolescente Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas ao adolescente Conhecimento dos pais sobre actividades de exercício adequado ao adolescente Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes Conhecimento dos pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Conhecimento dos pais sobre a importância de regras estruturantes	Demonstrado/ Não demonstrado	**Conhecimento Não Demonstrado Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Comportamentos de adesão	*Os pais fomentam a realização das consultas de vigilância de acordo com a idade do adolescente* *Os pais promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente* *Os pais promovem um padrão de actividades de lazer adequado ao adolescente* Os pais promovem a socialização/autonomia do adolescente *Os pais definem regras entre os sub-sistemas* *Os pais promovem a interacção com o grupo de amigos* *A família respeita a privacidade do adolescente* *Os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida* *O adolescente partilha dúvidas e experiências com os pais e pede opinião* *A família aceita o padrão de comportamento social do adolescente*	Demonstrado/ Não demonstrado	**Comportamentos de adesão Não demonstrado Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Papel parental Não adequado Conhecimento do Papel (da adolescência ate ao inicio da idade adulta)	Ensinar/Instruir os pais sobre padrão alimentar adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de ingestão de líquidos adequado à criança Ensinar pais sobre padrão de sono/repouso adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene adequado à criança Ensinar os pais sobre padrão de higiene oral Ensinar/ Instruir pais sobre técnica de lavagem dos dentes Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária Ensinar os pais sobre padrão de exercício adequado à criança Ensinar os pais sobre actividades de lazer adequadas à criança Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes Ensinar os pais sobre socialização Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil Ensinar os pais sobre as mudanças biofisiológicas, psicológicas e socioculturais da adolescência Ensinar os pais sobre a importância de regras estruturantes
Comportamentos de adesão não demonstrado	Motivar os pais para as consultas de vigilância do adolescente Motivar os pais para a ingestão nutricional adequada ao adolescente Motivar os pais para um padrão de actividades de lazer adequado ao adolescente Motivar os pais para a importância da socialização/autonomia do adolescente Motivar os pais para a importância de regras estruturantes Informar os pais sobre a importância da interacção do adolescente com o grupo de amigo Informar os pais sobre a importância da privacidade para o desenvolvimento do adolescente Promover a comunicação familiar Elogiar as forças da família e dos indivíduos
Consenso NÂO	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões conflituais no papel

Conflito <u>SIM</u>	Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
Saturação <u>SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de *coping* para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a refefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada

Foco	**Papel Parental (Família com adultos)**
Juízo	Adequado/ Não adequado
Critérios diagnósticos	**Papel parental Não Adequado se**: • Conhecimento do Papel Não demonstrado e/ou • Adaptação da família à saída dos filhos de casa Não Eficaz e/ou • Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM

Dimensões	**Dados de caracterização** **(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)**	**Juízo**	**Critérios diagnósticos**
Conhecimento do papel	Conhecimento sobre as tarefas do nova etapa desenvolvimental	Demonstrado/ Não demonstrado	**Conhecimento Não Demonstrado Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO
Adaptação da família á saída dos filhos de casa	*Redefinição das relações com o(s)filho(s) – relações adulto-adulto* *Inclusão na família dos parentes por afinidade e netos* *Satisfação com o contacto mantido com o filho* *Satisfação com a relação mantida com o filho(s) e companheiro(a) do filho(a)*	Eficaz/ Não eficaz	**Adaptação da família Não Eficaz Se:** Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÂO

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Papel parental Não adequado	
Conhecimento do Papel/ Adaptação da família não eficaz	Informar sobre tarefas desenvolvimentais da nova etapa do ciclo vital Promover a comunicação expressiva das emoções Facilitar a comunicação familiar
Consenso NÂO	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família;
Conflito SIM	Promover a comunicação expressiva das emoções;

	Avaliar as dimensões conflituais no papel Motivar para a redefinição dos papéis pelos membros da família; Negociar a redefinição das tarefas parentais papéis pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada
Saturação <u>SIM</u>	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de *coping* para o papel; Motivar para a redefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Negociar a refefinição das tarefas parentais pelos membros da família; Promover o envolvimento da família alargada

Dos Diagnósticos de Enfermagem de Família ás Intervenções
Dimensão Funcional

Foco	**Papel Prestador de Cuidados**
Juízo	Adequado/ Não adequado
Critérios diagnósticos	**Papel Prestador de Cuidados Não Adequado se**: • Conhecimento do Papel Não Demonstrado e/ou • Comportamentos de adesão Não Demonstrado e/ou • Consenso do papel NÃO e/ou Conflitos do papel SIM e/ ou Saturação do papel SIM

Dimensões	**Dados de caracterização** **(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)**	Juízo	Critérios diagnósticos
Conhecimento do papel	**1. Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene** *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes* *Aprendizagem de habilidade do prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre periodicidade da lavagem dos dentes* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, excovar)* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia* **2. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário** ***Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*** *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima* ***Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para vestir*** ***Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para vestir*** ***Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica para despir*** ***Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica para despir***	Demonstrado/ Não Demonstrado	**Conhecimento/Aprendizagem de Habilidades Não demonstrado Se**: Um dos itens de "dados de caracterização" se situar no NÃO

	3. Conhecimento do prestador/Aprendizagem de Habilidades de cuidados sobre Autocuidado Comer *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre preparação de alimentos* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação (oral, SNG)* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação* **4. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber** *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos* **5. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Ir ao sanitário** ***Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*** ***Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*** ***Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*** **6. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Comportamento sono -repouso** *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso* **7. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade recreativa** *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter actividades de lazer* **8. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Actividade física** ***Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência*** ***Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado*** ***Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)*** ***Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé)***		

	Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos ***Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos*** **9. Conhecimento do prestador de cuidados sobre Gestão do regime terapêutico** *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso* **10. Conhecimento do prestador de cuidados/Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância** *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés* **11. Conhecimento do prestador de cuidados /Aprendizagem de Habilidades sobre Auto-Administração de medicamentos** *Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos* *Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos* *Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos*		

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Papel Prestador de Cuidados Não adequado Conhecimento do Papel Não demonstrado	 Auto-cuidado Higiene: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre a Técnica do Banho Instruir PC sobre a Técnica do Banho

	Treinar PC sobre a Técnica do Banho Ensinar PC sobre Técnica de Lavagem dos dentes Istruir PC sobre a técnica de lavagem dos dentes Treinar PC sobre a Técnica de Lavagem dos dentes Ensinar PC sobre a utilização do fio dentário Instruir PC sobre a utilização do fio dentário Treinar PC sobre a utilização do fio dentário Ensinar PC sobre a periodocidade da lavagem dos dentes; Ensinar PC sobre higiene do cabelo; Instruir PC sobre higiene do cabelo Treinar PC sobre a higiene do cabelo; Ensinar PC sobre a técnica de fanerotomia; Instruir PC sobre técnica de fanerotomia; Treinar PC sobre a técnica de fanerotomia; Auto-Cuidado Vestuário: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre adequação do vestuário ao clima; Ensinar PC sobre técnica para vestir Instruir PC sobre técnica para vestir Treinar PC sobre técnica para vestir Ensinar PC sobre técnica para despir Instruir PC sobre técnica para despir Treinar PC sobre técnica para despir Auto-cuidado Comer: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre padrão alimentar adequado; Planear dieta com o PC; Ensinar PC sobre preparação dos alimentos; Instruir PC sobre preparação dos alimentos;

	Treinar PC sobre preparação dos alimentos; Ensinar PC sobre técnica de alimentação (oral ou SNG); Instruir PC sobre técnica de alimentação (oral ou SNG); Treinar PC sobre técnica de alimentação (oral ou SNG); Auto-cuidado beber: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre padrão de ingestão de líquidos; Planear estratégias de ingestão de líquidos com o PC; (ex. gelatinas, chá, sumos de fruta,…) Ensinar PC sobre técnica de administração de líquidos; Instruir PC sobre técnica de administração de líquidos; Treinar PC sobre técnica de administração de líquidos; Auto-Cuidado Ir au Sanitário: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre equipamentos adaptativos; Instruir PC sobre equipamentos adaptativos; Treinar PC sobre equipamentos adaptativos; Auto-Cuidado comportamento de Sono Repouso: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre importância de um sono reparador; Eninar PC sobre organização das horas de sono e repouso; Ensinar PC sobre estratégias de promoção do sono e repouso Instruir PC sobre estatégias de promoção de sono e repouso Treinar PC sobre estatégias de promoção de sono e repouso Auto-Cuidado Actividade Recreativa: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre importância de manter actividades de lazer; Advogar PC para a promoção de actividades de lazer do dependente;

	Motivar PC para a promoção de actividades de lazer do dependente; Auto-Cuidado Actividade Física: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre padrão de exercício adequado; Ensinar / Instruir / Treinar PC sobre técnicas de mobilização; Ensinar/ Instruir/ Treinar PC sobre equipamentos adaptativos Gestão do regime terapêutico: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre fisiopatologia da doença; Ensinar PC sobre medidas de prevenlção de complicações; Ensinar PC sobre regime terapêutico; Auto-Vigilância: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar PC sobre sinais de hipoglicemia/ hiperglicemia; Ensinar/instruir/treinar PC sobre vigilância da glicemia capilar; Ensinar/ Instruir/ Treinar PC sobre vigilância da tensão arterial; Ensinar/Instruir/Treinar PC sobre vigilância dos pés; Auto-Administração de Medicamentos: Ensinar PC sobre a importância de estimular a independência Ensinar/ Instruir PC sobre armazenamento seguro dos medicamentos; Ensinar PC sobre Esquema Terapêutico Prescrito; Ensinar/Instruir/Treinar PC sobre técnica de administração de insulina; Eninar/Instruir/Treinar PC sobre técnica de administração de medicamento; Ensinar/ Instruir PC sobre eliminação adequada dos medicamentos; Motivar o prestador de cuidados a estimular a independência do membro da família dependente

Comportamentos de Adesão Não Demonstrado	Motivar o prestador de cuidados a promover Higiene adequada ao membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a promover a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a promover Ingestão Nutricional adequada ao membro da família dependente Motivar a família a adquirir equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente Motivar o prestador de cuidados a promover Comportamento sono-repouso adequado ao membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a promover actividades recreativas adequadas ao membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a promover padrão de exercício adequado ao membro da família dependente Motivar o prestador de cuidados a assistir o membro da família dependente na autovigilância
Consenso NÃO	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar as dimensões não consensuais de papel; (explorar/desmontar os motivos de não consenso do papel) Motivar para a redefinição dos papeis pelos membros da família; Negociar a refefinição dos papeis pelos membros da família; Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer serviço social
Conflito SIM	Promover a comunicação expressiva das emoções; Avaliar os conflitos no papel (explorar/ desmontar os pontos de conflito do papel) Motivar para a redefinição dos papeis pelos membros da família; Negociar a redefinição dos papeis pelos membros da família Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço); Requerer serviço social; Promover a comunicação expressiva das emoções;

Saturação SIM	Avaliar saturação do papel (explorar quais as situações geradoras de saturação); Promover estratégias de coping para o papel; Motivar para a redefinição dos papeis pelos membros da família; Negociar a redefinição dos papeis pelos membros da família; Requerer serviços de Saúde (Psicologia) Orientar para serviços sociais; Requerer serviço social;

Nota:
Se o papel de PC for desenvolvido por mais do que um membro da família– colocar diagnóstico na negativa identificando qual o membro que presta cuidados em determinado auto-cuidado e que não tem conhecimento/ aprendizagem de habilidades em determinada área, até que todos os membros da família responsáveis pela prestação de cuidados demonstrem conhecimento e/ ou aprendizagem de habilidades
Se for um prestador de cuidados externo à família (vizinho/ instituição), deve abrir-se no indivíduo o diagnóstico de negligenciado em relação ao auto-cuidado correspondente e as intervenções serão para melhorar o indicador deste diagnóstico, sendo que poderão ter acções como ensinar, instruir e treinar, no caso do vizinho – cujo conhecimento e aprendizagem de habilidades irão depender do enfermeiro, para que sejam demonstradas, ou orientar para serviços sociais ou requerer serviços sociais ou Validar desempenho do PC com instituição promotora.

Foco	**Processo Familiar**		
Juízo	Disfuncional/ Não disfuncional		
Critérios diagnósticos	**Processo Familiar Disfuncional se:** • Comunicação Não eficaz e/ou • Coping Familiar Não Eficaz e/ou • Interacção de papéis Não eficaz/ Conflitual e/ou • Relação dinâmica disfuncional		
Dimensões	**Dados de caracterização** **(Itens de avaliação por área de atenção – Ver Avaliação Familiar)**	**Juízo**	**Critérios diagnósticos**
Comunicação Familiar	1.Comunicação Emocional • Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos da família • Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros • Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família 2.Comunicação Verbal/ Não verbal • Todos na família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um compreende de forma clara o que os outros dizem. • Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros 3. Comunicação Circular • Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família • Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa	Eficaz/ Não eficaz	**Comunicação Familiar Não Eficaz se**: Um dos três itens de caracterização estiver alterado (Não/ Não Favorável)
Coping Familiar	Solução de Problemas 1.Quem na família habitualmente identifica os problemas 2.Quem tem a iniciativa para os resolver 3.Existe discussão sobre os problemas na família 4.Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se	Eficaz/ Não eficaz	**Coping Familiar Não Eficaz se:** Não existe(m) algum (s) membro(s) da família que identifica (m) os problemas e toma (m) a iniciativa para os resolver e os outros itens (2,3,4,5,6) se situam no Não.

	discutem os problemas 5.A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas 6.Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas		
Interacção de Papéis Familiares	*1.Papel provedor* • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel *2.Papel gestão financeira* • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel *3.Papel Cuidado Doméstico* • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel *4.Papel Recreativo* • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel • Saturação do papel *5.Papel de Parente* • Quem desempenha • Consenso do Papel • Conflitos de papel	Eficaz/ Não eficaz Conflitual/ Não Conflitual	**Interacção de Papéis Familiares Não Eficaz Se**: Nos itens 1,2,3,4,5: • Consenso do Papel NÂO e Saturação do Papel SIM **Interacção de Papéis Familiares Conflitual Se :** Nos itens 1,2,3,4,5: • Conflito do Papel SIM

	• Saturação do papel		
Relação Dinâmica	*1.Influência e Poder* • Membro com maior poder na família • Satisfação da família relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros *2.Alianças e Uniões* • Existem na família alianças entre alguns dos seus membros • Se Sim especificar (quem e que tipo de alianças) • Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união 3. *Coesão e Adaptabilidade da Família* FACES II 4.*Funcionalidade da Família – percepção dos membros* APGAR Familiar de Smilkstein	Disfuncional/ Não disfuncional	**Relação Dinâmica Disfuncional Se:** - A Família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro na nos comportamentos dos outros (Influência e Poder) e - Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união e/ou - Família desmembrada ou emaranhada (coesão); Rígida ou muito flexível (adaptabilidade) – Tipo de família Muito equilibrada ou Extrema e/ou - APGAR familiar de pelo menos um dos membros < 3 (família com disfunção acentuada)

Diagnóstico	**Intervenções Sugeridas**
Processo Familiar Disfuncional Comunicação Familiar Não Eficaz Coping familiar Não eficaz	Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família; Optimizar a comunicação na família; Planear Rituais na Família Optimizar padrão de assertividade Promover estratégias adaptativas/ Coping na Família Negociar estratégias adaptativas/ Coping na Família;

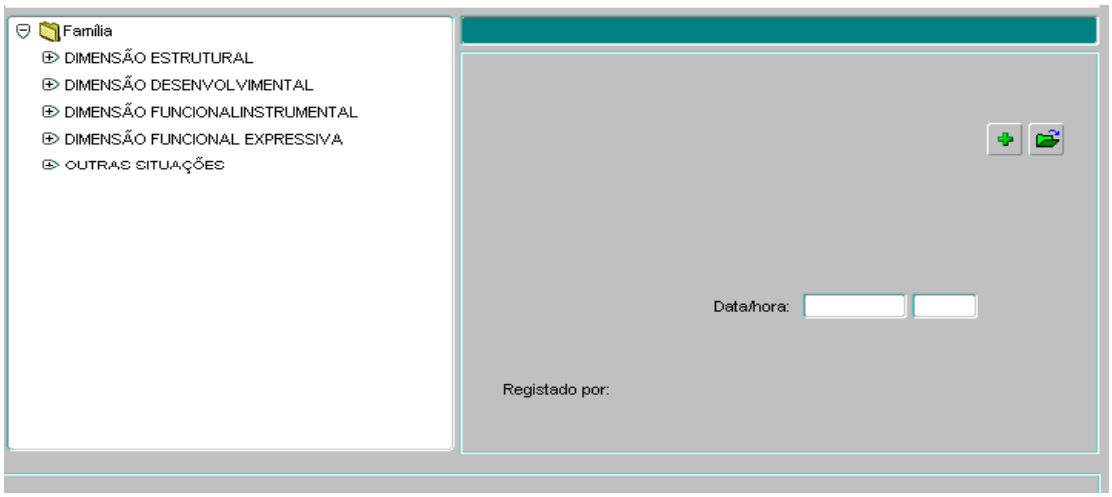
Interacção de Papeis Familiares	Não eficaz	Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família Colaborar na identificação dos papéis familiares Avaliar as dimensões não consensuais do papel; Avaliar saturação do papel; Motivar a redefinição dos papeis pelos membros da família; Negociar a redifinição de papeis pelos membros da família; Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel; Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia
	Conflitual	Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família Avaliar os conflitos do Papel; Motivar a redefinição dos papeis pelos membros da família; Negociar a redifinição de papeis pelos membros da família; Orientar para serviços sociais (instituições de apoio, serviço social, etc.) Requerer Serviço Social Promover estratégias de coping para o papel Promover o suporte da família Requerer serviços de saúde (Psicologia
Relação Dinâmica Disfuncional		Optimizar padrão de ligação Promover a comunicação expressiva das emoções; Promover o envolvimento da família; Optimizar a comunicação na família Optimizar padrão de ligação Orientar para Terapia familiar

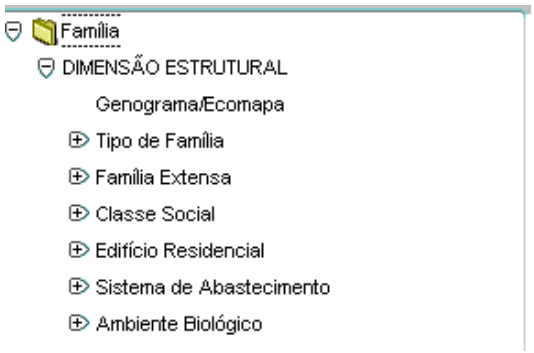
Anexo 7 – Manual de Utilização do SAPE – Programa de Saúde da Família

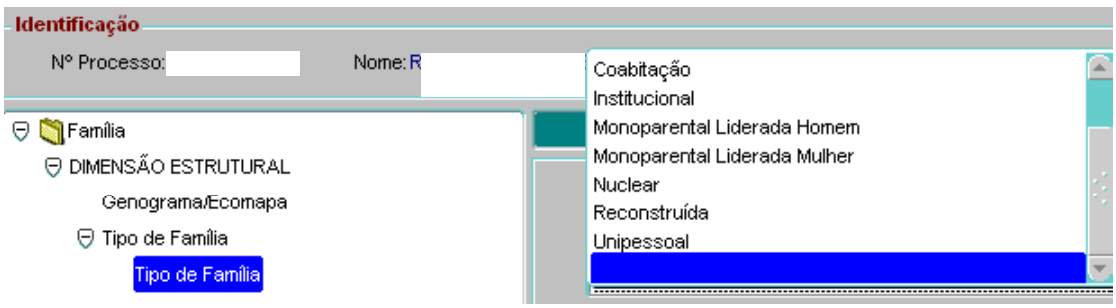
MANUAL DE UTILIZAÇÃO

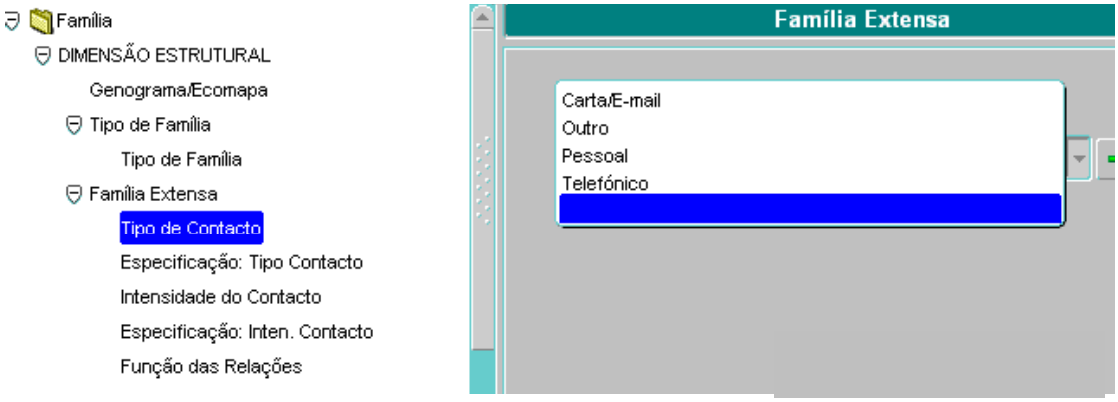
_ PROGRAMA DE SAÚDE FAMILIAR _

I- Avaliação Familiar

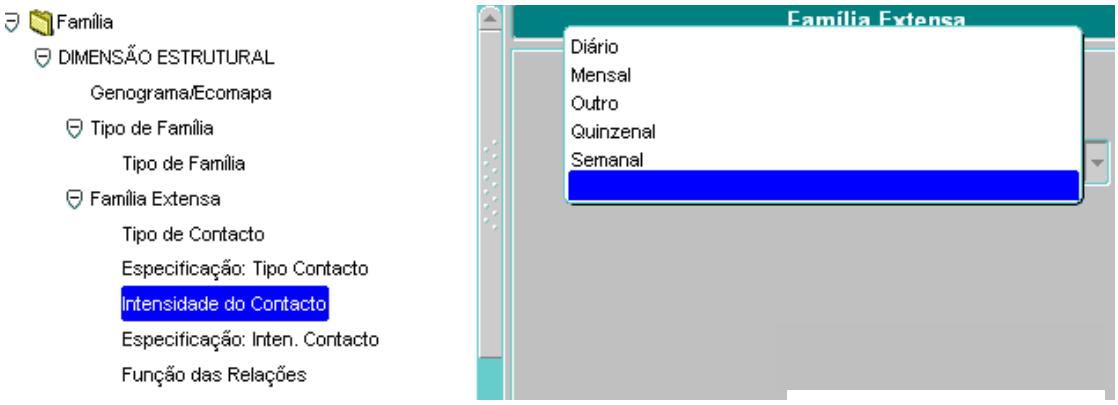




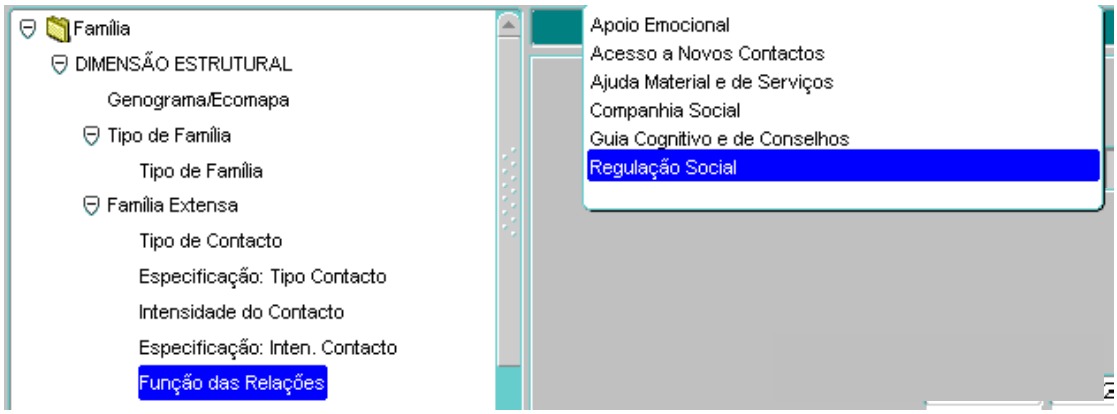


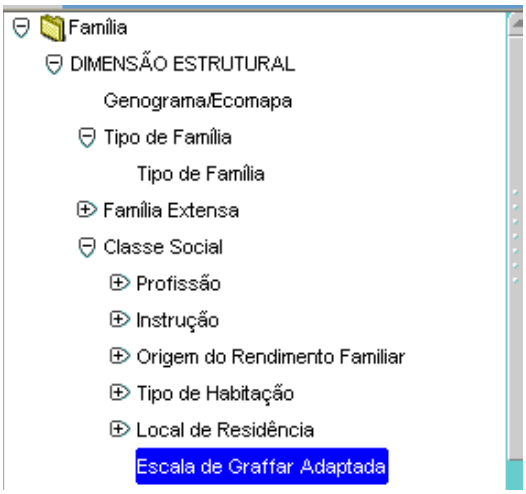


Especificar o tipo de contacto quando este não é efectuado por nenhum dos meios referidos: carta/E-mail, pessoal ou telefónico.

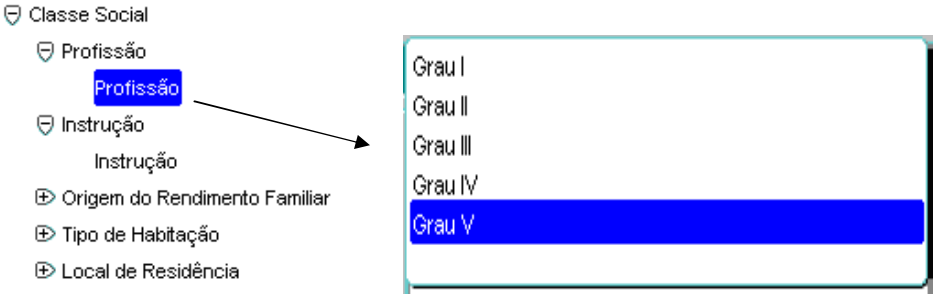


Especificar a intensidade do contacto quando esta não corresponde a nenhum dos períodos mencionados; Diário, Semanal, Quinzenal ou Mensal.





Utilizar o ícone correspondente à Escala de Graffar Adaptada, de forma a obter o score correspondente.

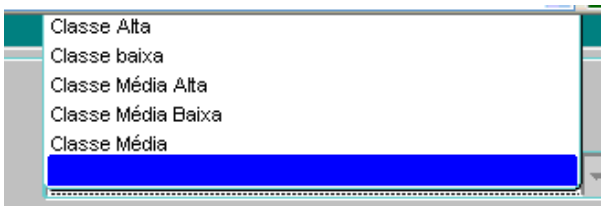


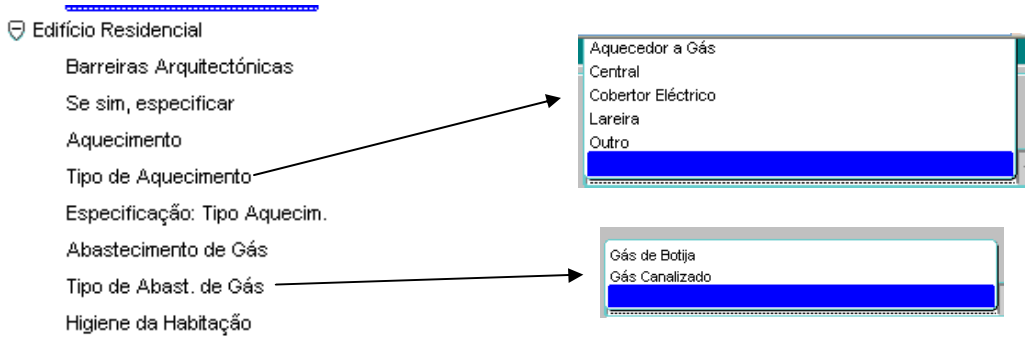
Consultar critérios de "Tipo de Habitação"

Activar Fenómeno "Rendimentos" se *Origem do Rendimento Familiar* (Escala de Graffar Adaptada) se situar no grau 4 ou Grau 5.

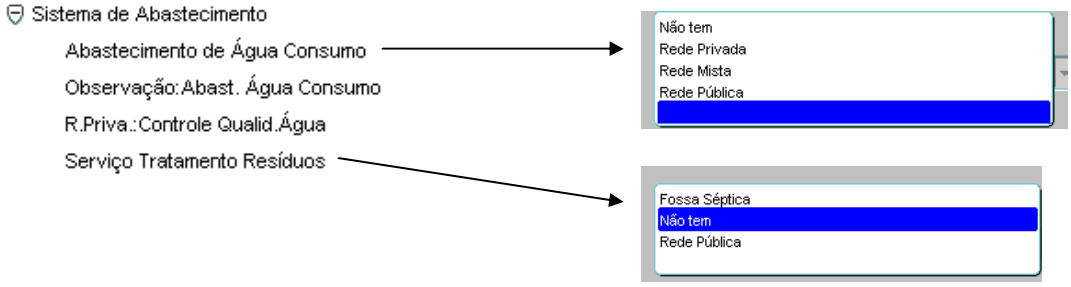
Activar Fenómeno "Habitação" se *Tipo de Habitação* (Escala de Graffar Adaptada/ Critérios de Tipo de Habitação) se situar no grau 4 ou Grau 5.



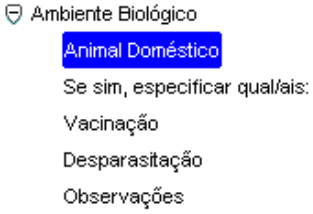




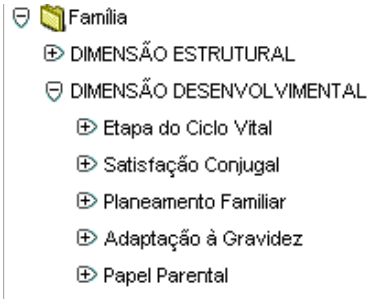
Se "Barreiras Arquitectónicas" SIM
e/ou
Se "Aquecimento" SIM — *Activar Fenómeno "Precaução de Segurança"*
e/ou
Se "Abastecimento de Gás" SIM
Se "Higiene da Habitação" NÃO — *Activar Fenómeno "Habitação"*



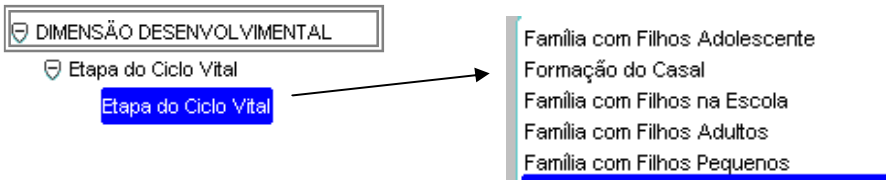
Se Abastecimento de Água para Consumo: Rede Privada ou Rede Mista
e — *Activar Fenómeno "Abastecimento de Água"*
Se Rede Privada: Controle da Qualidade da Água NÂO

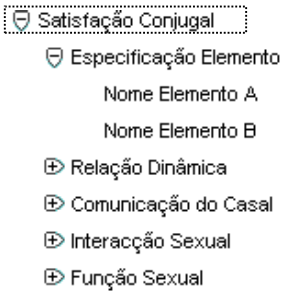


No item "Observações" registar outros dados relevantes na avaliação do foco "Animal Doméstico": Higiene do Animal, Higiene do local circundante, etc.



Se algum dos itens relativos à avaliação dos Fenómenos se situar no "Não" activar Fenómeno em "Processo de Enfermagem"
Excepção para "Papel Parental": Activar sempre Fenómeno quando Família com Filhos Pequenos, com Filhos na Escola, com Filhos Adolescentes e com Filhos Adultos.





Relação Dinâmica

Satisfação sobre a partilha das tarefas domésticas →

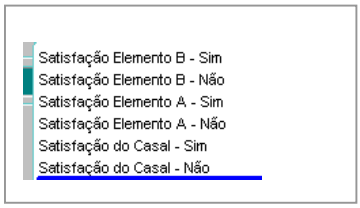
Especificação: Partilha das Tarefas Domésticas

Satisfação com o tempo que estão Juntos →

Especificação: Tempo que estão Juntos

Satisfações com a forma como expressam os sentimentos →

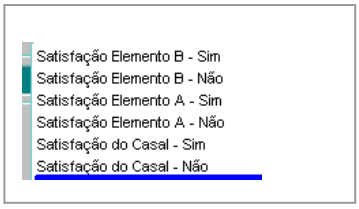
Especificação: Expressão dos Sentimentos



Se a Satisfação for "NÂO" para um ou ambos os elementos do casal documentar no item "Especificação": Quem e razões justificativas da Insatisfação.
"Satisfação do casal NÃO" quando o contacto é realizado com ambos os membros e pelo menos um deles expressa insatisfação ou se o contacto for realizado separadamente e se verificar que um deles ou ambos expressam insatisfação.

Comunicação do Casal

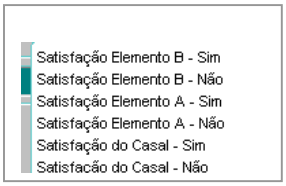
O casal conversa sobre as expectativas e receios de cada um
O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião
Satisfação com o padrão de comunicação do casal →
Especificação: Satisfação com o padrão de comunicação do casal



Se a Satisfação com o padrão de comunicação do casal se situar no "NÂO" , especificar razões justificativas da insatisfação
"Satisfação do casal NÃO" quando o contacto é realizado com ambos os membros e pelo menos um deles expressa insatisfação ou se o contacto for realizado separadamente e se verificar que um deles ou ambos expressam insatisfação

Interacção Sexual

Satisfação do casal com o padrão de sexualidade
Especificação: Satisfação com o padrão de sexualidade
Conhecimento do casal sobre sexualidade



Se a Satisfação com o padrão de sexualidade se situar no "NÂO" , especificar razões justificativas da insatisfação
"Satisfação do casal NÃO" quando o contacto é realizado com ambos os membros e pelo menos um deles expressa insatisfação ou se o contacto for realizado separadamente e se verificar que um deles ou ambos expressam insatisfação.

Função Sexual

Disfunções sexuais
Tipo de disfunção
Especificação: Perturbação do desejo sexual
Especificação: Disfunção da Ejaculação
Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais
Observações

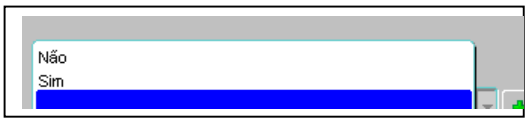
Perturbação do desejo sexual
Disfunção eréctil
Disfunção da ejaculação
Perturbações do orgasmo
Dispareunia
Vaginismo

Registar em "Observações" situações em que ocorra a presença de mais do que um tipo de disfunção.

Planeamento Familiar
- Fertilidade
- Conhec.Vigil.Pré-Concepcional
- Uso de Contraceptivos
- Conhec. Casal sobre Reprodução

Fertilidade

O casal planeia ter filhos/ mais filhos
Se SIM quando
Alterações na fertilidade do casal
Especificação: Se alterações da fertilidade do casal
Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial
Conhecimento do casal sobre serviços de saúde



Documentar em "Especificação" tipo de alteração da fertilidade

Conhec.Vigil.Pré-Concepcional

Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional
Conhecimento do casal sobre gravidez

Uso de Contraceptivos

Uso de Contraceptivo
Método Anticoncepcional
Interrupção Uso Contraceptivo
Motivo da Interrupção
Interrupção: Quando
Conhec. Métodos Contraceptivos
Conhec.Contracepção Emergência
Conhec. Uso de Contraceptivo
Aprend.Habil.Uso Contraceptivo

Injectável
Anel Vaginal
Cirúrgico
Espermicidas
Implante Intradérmico
Naturais
Oral

Conhec. Casal sobre Reprodução

Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual
Conhecimento sobre sistema reprodutor feminino
Conhecimento sobre sistema reprodutor masculino
Conhecimento do casal sobre fecundação
Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes
Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada



Adaptação à Gravidez

- Conhecimento do casal:
- Comunicação
- Comportamentos de adesão

Conhecimento do casal:

- direitos sociais na gravidez
- direitos mater/paternidade
- etapas de adaptação gravidez
- alterações fisiológ. gravidez
- nova etapa do ciclo vital
- vigilância saúde na gravidez
- desenvolvimento fetal
- curso de prep. para parto
- proces.fisiol.assoc.puerpério
- vigilância de saúde do RN
- enxoval da mãe e do bebé
- prevenção acidentes do RN
- alimentação do RN



A selecção dos dados para avaliação decorre da fase da gravidez

Comunicação

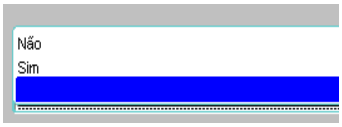
O casal partilha receios e expectativas associados á gravidez/ parentalidade

Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais



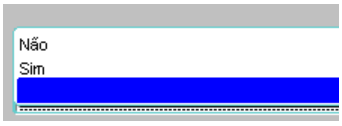
Comportamentos de adesão

- Assíduos às consultas SM
- Frequentam Curso Prep.Parto
- Preparam o enxoval mãe/bebé
- Preparam a mala mãe/bebé

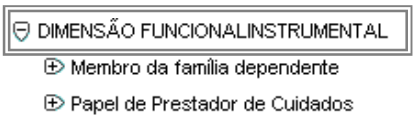


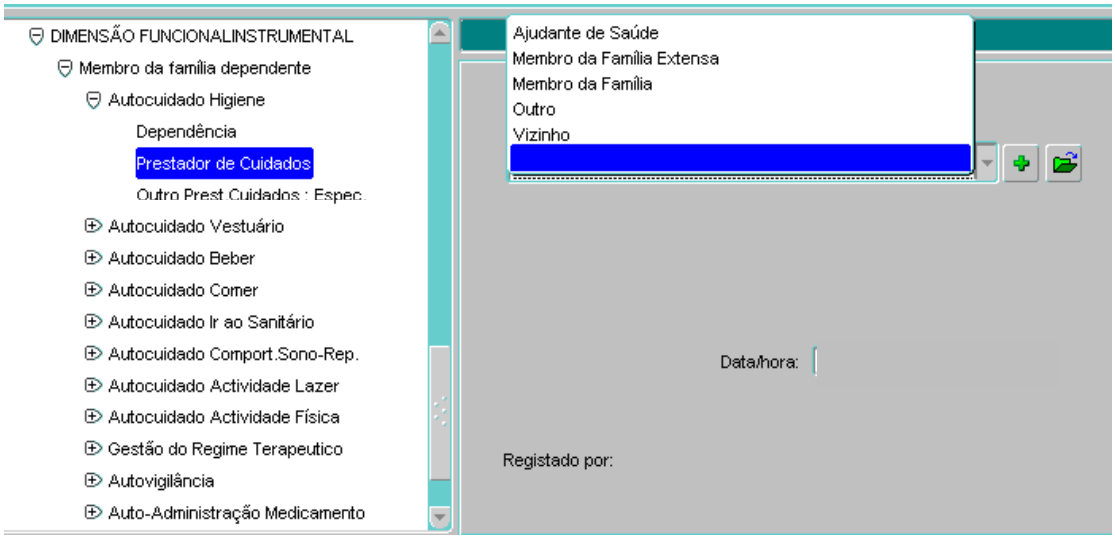
Papel Parental

- Consenso do Papel
- Conflitos do Papel
- Saturação do Papel
- Consenso Papel: Especificar
- Conflitos Papel: Especificar
- Saturação Papel: Especificar

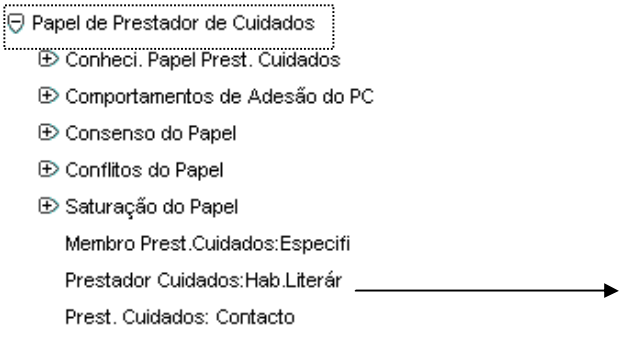


Se "Consenso do Papel" Não e/ou "Conflitos do Papel" Sim e/ou "Consenso do Papel" Não: Especificar justificação.
Os dados diagnósticos de avaliação do "Conhecimento do Papel", e "Comportamento de Adesão" estão configurados como status do Fenómeno "Papel Parental", associado ao Programa de Saúde Familiar.





Os itens "Dependência", "Prestador de Cuidados" e "Outro Prestador de Cuidados: Especificar" são comuns para todos os Autocuidados.
Documentar na Especificação quando o Prestador de Cuidados É "Outro".

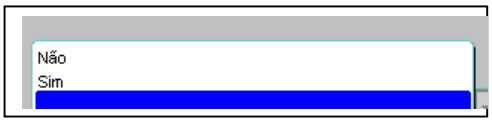


Activar Fenómeno Papel de Prestador de Cuidados se: Algum item se situar no "NÃO" nas dimensões "Conhecimento do Papel de Prestador de Cuidados", "Comportamentos de Adesão do Prestador de Cuidados" e "Consenso do Papel " ou "SIM" nas dimensões "Conflitos do Papel" e "Saturação do Papel"

Dados relativos ao(s) membro(s) da família prestador(es) de cuidados.

- Conheci. Papel Prest. Cuidados
  - Higiene
    - Conhecimento Higiene
      - Import. estimular independenc.
      - Técnica de Banho
      - Técnica Lavagem dos dentes
      - Utilização Fio Dentário
      - Periodicidade Lavagem dentes
      - Higiene do Cabelo
      - Técnica Fanerotomia
      - Observações

- Aprendizagem Habilidades Hig.
  - Técnica Banho
  - Técnica Lavagem Dentes
  - Utilização Fio Dentário
  - Higiene Cabelo
  - Técnica Fanerotomia
  - Observações



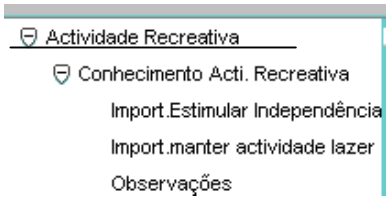
- Vestuário
  - Conhecimento Vestuário
    - Import. Estimular Independênc.
    - Adequação Vestuário ao Clima
    - Técnica para Vestir
    - Técnica para Despir
    - Observações

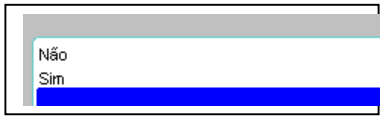
- Aprendizagem de Habilidades V.
  - Técnica para vestir
  - Técnica para despir
  - Observações

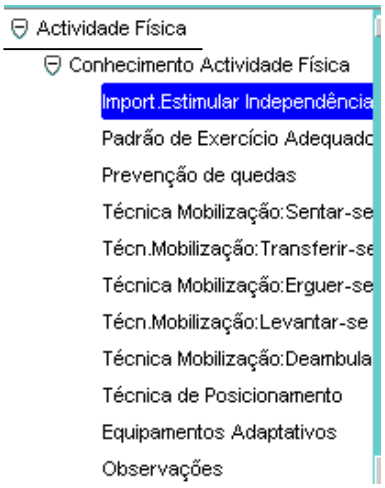
- Beber
  - Conhecimento Beber
    - Import.Estimular Independência
    - Padrão de Ingestão de Líquidos
    - Técnica Administração líquidos
    - Observações
  - Aprendizagem de Habilidades B.
    - Técnica Administração Líquido
    - Observações

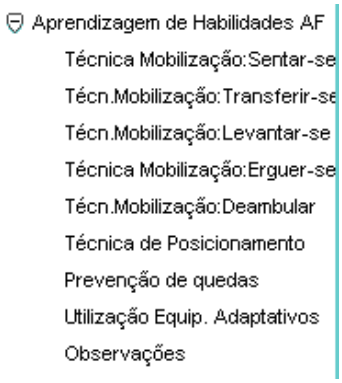
- Comer
  - Conhecimento Comer
    - Import.Estimular Independência
    - Padrão Alimentar Adequado
    - Preparação de Alimentos
    - Técnica de Alimentação
    - Observações
  - Aprendizagem de Habilidades C.
    - Técnica de Alimentação
    - Observações

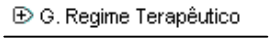

Ir ao Sanitário
Conhecimento Ir Sanitário
Import.Estimular Independencia
Equipamentos Adaptativos
Observações
Aprendizagem Habilidades IS
Utiliz. equipamentos adaptativ
Observações
Comportamento Sono-Repouso
Conhecimento Sono-Repouso
Import.Estimular Independência
Importância de Sono Reparado
Organização Horas Sono/Repo
Observações


Actividade Recreativa
Conhecimento Acti. Recreativa
Import.Estimular Independência
Import.manter actividade lazer
Observações

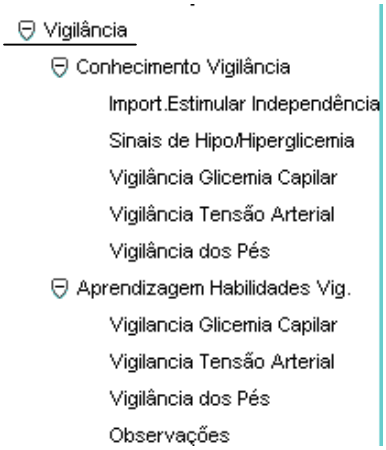

Não
Sim

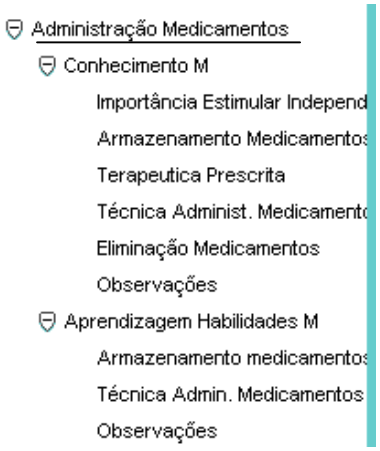


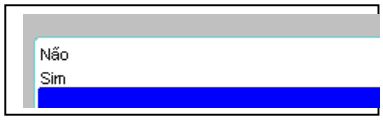


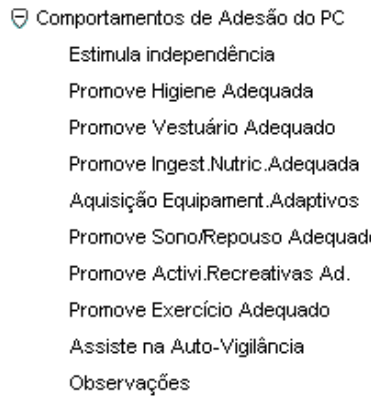


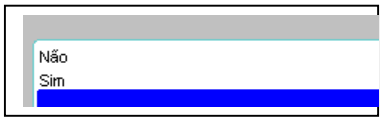
Importância de Estimular a Independência
Fisiopatologia da doença
Estratégias de prevenção de complicações
Regime medicamentoso

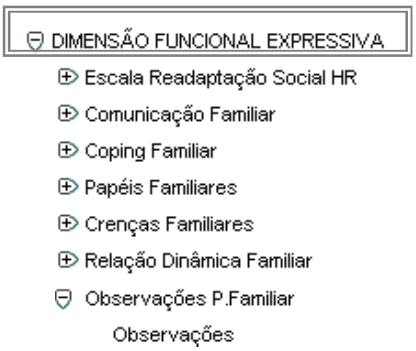




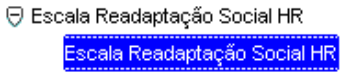






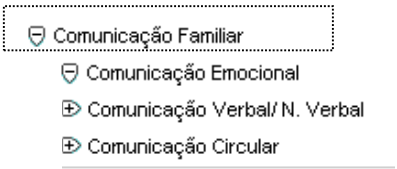


Activar Fenómeno Processo Familiar se:
Nas dimensões "Comunicação Familiar" e "Coping Familiar" se um dos ítens se situar no "NÃO".
Na dimensão "Papéis Familiares": Consenso do Papel NÂO, ou Conflitos do Papel SIM e Saturação do Papel SIM
Na Dimensão "Relação Dinâmica Familiar" se um dos itens se situar no NÂO e/ou os seguintes resultados do FACES II: Coesão Familiar "Desmembrada" ou "Muito Ligada" e/ou Adaptabilidade "Rígida" ou "Muito Flexível" ou Tipo de Família "Muito equilibrada" ou "Extrema". Ou se a percepção de pelo menos um dos membros sobre a funcionalidade da Família (APGAR Familiar) se situar em "Família com moderada ou acentuada disfunção"





Utilizar o ícone "Escala de Readaptação Social" e/ou registar resultado.



Comunicação Emocional

Quem na família expressa mais os sentimentos

Satisfação com a forma como se expressam os sentimentos na família

Satisfação: Especificar

Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros

Aceitação: Especificar

Impacto que os sentimentos de cada um têm na família

Impacto: Especificar

Observações

Se algum dos itens da Satisfação se situar no Não e /ou o "Impacto que os sentimentos de cada um têm na família" for referido como "Desfavorável" especificar as justificações.

No item "Observações" documentar outros dados considerados relevantes na avaliação da comunicação emocional.

Comunicação Verbal/ N. Verbal

Todos na família são claros e directos no discurso, cada um compreende claramente o que os outros dizem

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros

Especificar: Se Não

Observações

Se os dois primeiros itens se situarem no Não, especificar justificação.
No item "Observações" documentar outros dados considerados relevantes na avaliação da comunicação Verbal/ Não verbal

Comunicação Circular

Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família
Especificar: Se Não Satisfação
Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa
Especificar: Se Impacto Desfavorável
Observações

No item "Observações" documentar outros dados considerados relevantes na avaliação da comunicação Circular

Coping Familiar

Solução de Problemas

Quem na família habitualmente identifica os problemas

Quem toma habitualmente a iniciativa para os resolver

A família discute os problemas em conjunto

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas

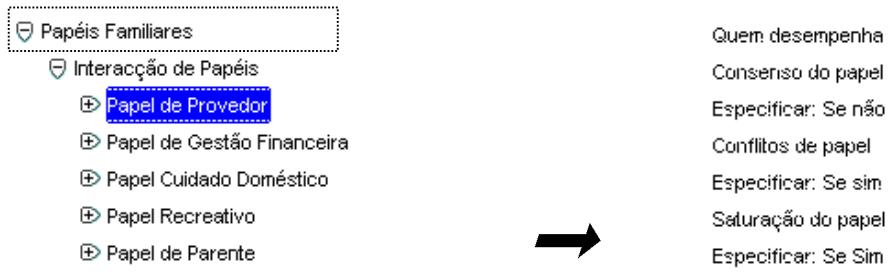
Especificar: Se Não Satisfação

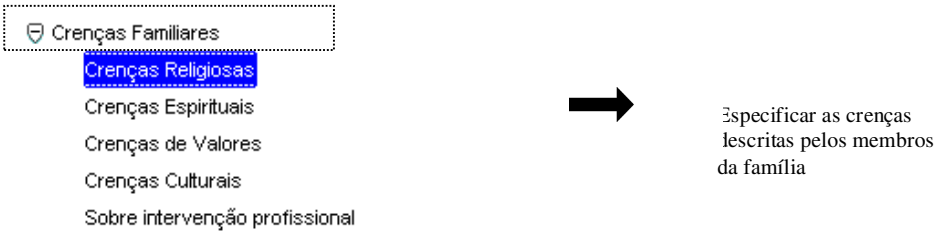
A quem recorre a família para a resolução de problemas

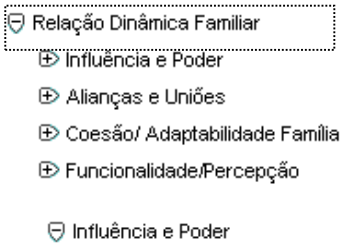
Experiências positivas da família na resolução de problemas

Observações

No item "Observações" documentar outros dados considerados relevantes na avaliação do coping familiar







Influência e Poder

Membro com maior poder na família

Satisfação da família relativamente á influência de cada membro no comportamento dos outros

Especificar: Se Não Satisfação

Observações

No item "Observações" documentar outros dados considerados relevantes na avaliação da "Influência e Poder"

Alianças e Uniões

Existem na família alianças entre alguns dos seus membros

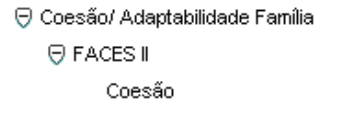
Especificar: Se SIM (quem e tipo de aliança)

Os membros da família sentem-se satisfeitos como forma como a família manifesta sua união

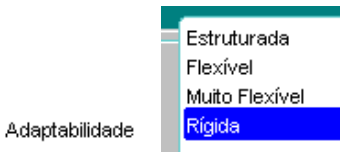
Especificar: Se Não Satisfação

Observações

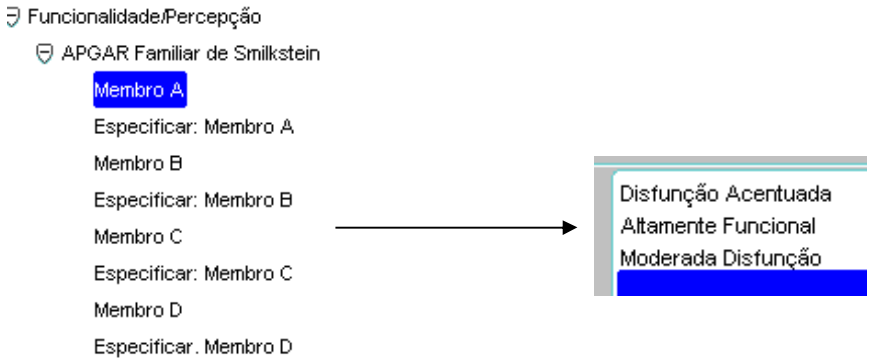
No item "Observações" documentar outros dados considerados relevantes na avaliação de "Alianças e Uniões"







Aplicar a escala de FACES II e registar os resultados referentes à "Coesão", "Adaptabilidade" e "Tipo de Família"



Aplicar a escala de APGAR Familiar de Smilkstein a cada um dos membros da família e registar os resultados.

II- "Processo de Enfermagem"

Descrevem-se os Fenómenos, Status e Intervenções, associados exclusivamente ao Programa de Saúde Familiar

Grupo de Status **Rendimentos**

Insuficiência		
Status	Pond.	Definição
Insuficiente	1	A origem do Rendimento (Escala de Graffar) situa-se no GRAU 4 ou 5 e/ou conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares NÃO DEMONSTRADO
Não Insuficiente	2	
Intervenções		
Verificar conhecimentos		
Requerer serviço social		
Referir rendimentos insuficientes ao serviço social		
Promover gestão do rendimento familiar		
Orientar a família para o serviço social		

Grupo de Status **Habitação**

Conhecimento sobre riscos de habitação não segura		
Status	Pond.	Definição
Demonstrado	1	
Não Demonstrado	2	Qualificar a HABITAÇÃO NÃO SEGURA
Negligência		
Status	Pond.	Definição
Negligenciado	1	
Não Negligenciado	2	Se Higiene da Habitação NÃO e/ou Conhecimento sobre governo da casa NÃO DEMOSNTRADO e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional NÃO DEMONSTRADA
Segurança		
Status	Pond.	Definição
Seguro	1	
Não Seguro	2	Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar) e/ou Conhecimento sobre riscos de habitação não segura NÃO DEMONSTRADO
Intervenções		
Verificar aprendizagem de habilidades		
Verificar conhecimentos		
Requerer serviço médico (autoridade de saúde)		
Requerer serviço social		
Referir inadequação de edifício residencial ao serviço social		
Reforçar governo da casa		
Promover governo da casa		
Incentivar governo da casa		
Ensinar sobre riscos de deficiente higiene da habitação		
Ensinar sobre riscos de habitação não segura		
Instruir governo da casa		
Orientar a família para o serviço social		

Grupo de Status **Abastecimento de Água**

Adequação Status Adequado Não Adequado	 Pond. 1 2	 Definição Se tem rede privada para consumo humano e Não efectua o controle de qualidade e Conhecimento Não Demonstrado sobre controlo da qualidade da água e Conhecimento Não Demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Conhecimento sobre controle da qualidade da água Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição
Conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição
Intervenções Ensinar família sobre controlo da qualidade da água Ensinar família sobre estratégias de manutenção da qualidade da água Orientar família para serviços de controlo da qualidade da água		

Grupo de Status **Precaução de Segurança: Habitação**

Demonstração Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Se AQUECIMENTO SIM e Conhecimento NÃO DEMONSTRADO sobre a utilização de equipamento para aquecimento. Ou Utilização de GÁS DOMÉSTICO SIM e Conhecimento NÃO DEMONSTRADO sobre utilização de equipamento de gás. Ou EQUIPAMENTO ELÉCTRICO SIM e Conhecimento NÃO DEMONSTRADO sobre manutenção de equipamento eléctrico SIM (Avaliação Familiar)
Conhecimento sobre estratégias de adaptação a barreiras arquitectónicas Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição ualificar Precaução de Segurança NÃO DEMONSTRADA
Conhecimento sobre utilização de equipamento eléctrico Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Qualificar Precaução de Segurança NÃO DEMONSTRADA
Conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Qualificar Precaução de Segurança NÃO DEMONSTRADA
Conhecimento sobre utillização equipamento de gás Status Demonstrado	 Pond. 1	 Definição

Não Demonstrado	2	Qualificar Precaução de Segurança NÃO DEMONSTRADA
Intervenções Verificar conhecimentos Gerir o ambiente físico Providenciar material de leitura Negociar com a família sobre a utilização de equipamento eléctrico Negociar com a família estratégias de adaptação às barreiras arquitectónicas Negociar com a família sobre a utilização de equipamento de gás Negociar com a família sobre a utilização de equipamento para aquecimento Ensinar a família sobre a utilização do equipamento de gás Ensinar a família sobre equipamento para aquecimento Ensinar a família sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitectónicas Ensinar a família sobre utilização de equipamento eléctrico Orientar para serviços de saúde		

Grupo de Status **Animal Doméstico**

Conhecimento sobre desparasitação Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição
Conhecimento sobre serviços da comunidade Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição
Conhecimento sobre vacinação do animal doméstico Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição
Negligência Status Negligenciado Não Negligenciado	 Pond. 1 2	 Se Animal Não Vacinado e/ou Conhecimento Não Demonstrado sobre Vacinação do Animal e/ou Conhecimento Não Demonstrado sobre Serviços da Comunidade e/ou Animal Não Desparasitado e/ou Conhecimento Nãodemonstrado sobre Desparasitação do Animal.
Intervenções Supervisar vacina do animal doméstico Incentivar família para desparasitação do animal doméstico Incentivar família para vacinação do animal doméstico Ensinar família sobre desparasitação do animal doméstico Ensinar família sobre vacinação do animal doméstico Orientar família para serviços da comunidade		

Grupo de Status

Satisfação Conjugal

Comunicação do casal Status Eficaz Não Eficaz	 Pond. 1 2	 Definição Comunicação Não Eficaz se "o casal não conversa sobre expectativas/receios e/ou se "o casal não consegue chegar a acordo quando há discordância" e/ou se "Não Satisfação do casal com o padrão de comunicação" (Avaliação Inicial)
Função Sexual Status Comprometida Não Comprometida	 Pond. 1 2	 Definição Função Sexual Comprometida se "Disfunções Sexuais Sim" e/ou "Não Conhecimento sobre estratégias não farmacológicasde resolução das Disfunções sexuais" (Avaliação Inicial)
Interacção Sexual Status Adequado Não Adequado	 Pond. 1 2	 Definição Interacção Sexual Não Adequada se "Não Satisfação do casal com o padrão de sexualidade" e/ou "Não Conhecimento do casal sobre sexualidade" (Avaliação Inicial)
Relação Dinâmica Status Disfuncional Não Disfuncional	 Pond. 1 2	 Definição Relação Dinâmica Disfuncional se Não Satisfação do casal na partilha das tarefas domésticas e/ou Não satisfação do casal com o tempo que passam juntos e/ou Não Satisfação do casal com a forma como expressam os sentimentos (Avaliação Inicial)
Mantido Status Mantido Não Mantido	 Pond. 1 2	 Definição Satisfação Conjugal Não Mantida se Relação Dinâmica Disfuncional e/ou Comunicação Não Eficaz e/ou Interacção Sexual Não Adequada e/ou Relação Sexual Comprometida

Intervenções

Planear rituais familiares
Promover comunicação expressiva das emoções
Promover comunicação do casal
Promover envolvimento da família
Incentivar casal para partilha das tarefas domésticas
Incentivar o casal para actividades em conjunto
Ensinar casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução de disfunções sexuais
Ensinar casal sobre sexualidade
Instruir casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução de disfunções sexuais
Orientar casal com problemas de fertilidade
Orientar casal para Serviço Médico
Orientar casal para Terapia Familiar

"Uso de Contraceptivo" é um Fenómeno integrado como dimensão do Fenómeno "Planeamento Familiar". Deverá ser utilizado no Programa de Saúde Familiar, sempre que o contacto é efectuado com um ou ambos os membros do casal que integra a Família.

Grupo de Status **Planeamento Familiar**

Eficácia Status Eficaz Ineficaz	 Pond. 1 2	 Definição O casal planeia ter filhos/mais filhos e "Fertilidade Comprometida" e/ou "Conhecimento sobre Reprodução Não Demonstrado" e/ou Conhecimento sobre "Vigilancia pré-concepcional Não Demonstrada" (Av. Inicial) - O casal não planeia ter filhos/mais filhos e "Uso de Contraceptivo Não Adequado" e/ou "Conhecimento Sobre Reprodução Não Demonstrado" (Av. Inicial)
Fertilidade Status Comprometido Não Comprometido	 Pond. 1 2	 Definição Fertilidade Comprometida Se: "Alterações na fertilidade do casal" e/ou "Não conhecimento do casal sobre fertilização artificial" e/ou "Não conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade" (Avaliação Inicial)
Conhecimento do casal sobre Reprodução Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição Conhecimento do casal sobre Reprodução Não Demonstrado Se: "Não conhecimento do casal sobre o ciclo sexual" e/ou "Não conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia so sistema reprodutor feminino" e/ou Não conhecimento do casal sobre anatomia e fisiologia so sistema reprodutor masculino" e/ou "Não conhecimento do casaç sobre fecundação e gravidez" e/ou "Não conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes" e/ou "Não conhecimento sobre desvantagens de gravidez n. desejada"
Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional Não Demonstrada se: "Não conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional" e/ou "Não conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da Gravidez" (Avaliação Inicial)
Uso de Contraceptivo Status Adequado Não Adequado	 Pond. 1 2	 Definição Uso de Contraceptivo Não Adequado Se: "Não satisfação do casal com o contraceptivo utilizado" e/ou "Não Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos" e/ou "Não conhecimento do casal sobre contracepção de emergencia" e/ou "Não Conhecimento do casal sobre uso de contraceptivo" e/ou "Aprendizagem de habilidades não demonstrada sobre uso de contraceptivo"(Avaliação

		Inicial)
Intervenções Planear rituais familiares Promover comunicação expressiva das emoções Promover comunicação do casal Promover envolvimento da família Incentivar casal para partilha das tarefas domésticas Incentivar o casal para actividades em conjunto Ensinar casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução de disfunções sexuais Ensinar casal sobre sexualidade Instruir casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução de disfunções sexuais Orientar casal com problemas de fertilidade Orientar casal para Serviço Médico Orientar casal para Terapia Familiar		

Grupo de Status **Adaptação À Gravidez**

Adequação Status Adequado Não Adequado	 Pond. 1 2	 Definição Adaptação á Gravidez Não Adequada Se:"Conhecimento Não Demonstrado"e/ou "Comunicação Não Eficaz" e/ou "Comportamentos de Adesão Não Demonstrado"
Conhecimento do casal Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Conhecimento Não Demonstrado Se "Não Conhecimento" sobre um dos itens: Direitos sociais na gravidez; direitos na maternidade/paternidade; etapas de adaptação á gravidez; alterações fisiológicas na gravidez; nova etapa do ciclo vital; vigilância de saúde na gravidez; desenvolvimento fetal; curso de preparação para o parto; processo fisiológico associado ao puerpério; ; vigilância de saúde do RN; enxoval da mãe e do bebé; prevenção de acidentes do RN; alimentação do RN:
Comunicação Status Eficaz Não Eficaz	 Pond. 1 2	 Definição Comunicação Não Eficaz Se: "O casal não partilha receios e expectativas associadas à gravidez" e/ou "O casal não partilha receios e expectativas associadas a parentalidade" e/ou "Os elementos do casal não se apoiam mutuamente nas tarefas desenvolvimentais" (Avaliação Inicial)
Comportamentos de adesão Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Comportamentos de Adesão Não Demonstrado Se: " A grávida e/ou casal não são assíduos ás consultas de Saúde Materna" e/ou "O casal não está inscrito ou não frequenta o Curso de preparação Para o Parto" e/ou " O casal não preparou ou não está a preparar o enxoval da mãe e do bebé" (Avaliação Inicial)

Intervenções
Facilitar o suporte familiar
Promover comunicação expressiva de emoções
Promover adaptação à gravidez
Promover comunicação do casal
Informar casal de Curso de Preparação para o Parto
Informar casal sobre direitos sociais na gravidez
Informar casal sobre etapas de adaptação à gravidez
Informar casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido
Informar casal sobre vigilancia na gravidez
Informar sobre direitos sociais
Informar sobre malas a levar para o hospital
Ensinar casal sobre alimentação do recém-nascido
Ensinar casal sobre cuidados de higiene ao recém-nascido
Ensinar casal sobre nova etapa do ciclo vital
Ensinar casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido
Ensinar casal sobre processo psicológico associado ao puerpério
Ensinar casal sobre vigilancia de sáude do recém-nascido
Ensinar sobre alterações corporais na gravidez
Ensinar sobre desenvolvimento fetal
Orientar casal para Curso de Preparação para o Parto
Orientar para serviços de saúde

Grupo de Status **Papel Parental**

Duplicar foco quando na Família existe mais do que um filho. Registar nas especificações o nome do mesmo.

Seleccionar os Status para avaliação de acordo com a idade do filho (Consultar Anexo I)

Adequação Status Adequado Não Adequado	Pond. 1 2	Definição Quando um dos itens do conhecimento é NÃO DEMONSTRADO e/ou um dos itens da Aprendizagem de Habilidades NÃO DEMONSTRADO e/ou Comportamentos de Adesão NÃO DEMONSTRADO e /ou (Consenso no Papel NÂO e/ou Conflitos no Papel SIM e/ou Saturação do Papel SIM – Avaliação Familiar)
Adaptação da família à escola Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição Demonstrado se: reorganização funcional da família para adaptação a novos horários e/ou criação de espaço para a criança estudar e/ou participação dos pais nas actividades de estudo e/ou participação dos pais nas reuniões e actividades escolares e/ou promoção da socialização e autonomia da criança."
Adaptação da família à saída dos filhos de casa Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição Demonstrado se: Redefinição das relações com os filhos e/ou inclusão na famílias dos parentes por afinidade e netos e/ou satisfação com o contacto mantido com o filho e /ou satisfação com a relação mantida com o filho e companheiro (a) do filho (a)
Aprendizagem de Habilidades dos pais sobre cuidados ao coto umbilical Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição

Aprendizagem de Habilidades dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Aprendizagem de Habilidades dos pais sobre técnica de aleitamento artificial Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Comportamentos de adesão (família com filhos adolescentes) Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição Demonstrado se: os pais fomentam a realização de consultas de vigilancia e/ou promovem a ingestão nutricional adequada ao adolescente e/ou promovem actividades de lazer adequadas ao adolescente e/ou promovem a socialização/autonomia do adolescente e/ou promovem a interacção com o grupo de amigos e/ou a família respeita a privacidade do adolescente e/ou os pais discutem com o adolescente o seu projecto de vida e/ou a família aceita o padrão de comportamento social do adolescente
Comportamentos de adesão (família com filhos na escola) Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição Demonstrado se: os pais fomentam a realização das consultas de vigilância e/ou fomentam a adesão a vacinação e/ou promovem ingestão nutricional adequada a criança e/ou promovem higiene adequada e/ou promovem padrão de exercício adequado à criança e/ou promovem padrão de actividades de lazer adequadas e/ou promovem padrão de exercício adequado e/ou promovem socialização da criança e/ou definem regras entre os sub-sistemas.
Comportamentos de adesão (família com filhos pequenos) Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição Demonstrado se: os pais fomentam a realização das consultas de vigilância e/ou fomentam a adesão a vacinação e/ou promovem ingestão nutricional adequada a criança e/ou promovem higiene adequada e/ou promovem padrão de exercício adequado à criança e/ou promovem padrão de actividades de lazer adequadas e/ou promovem padrão de exercício adequado e/ou promovem socialização da criança e/ou definem regras entre os sub-sistemas
Conhecimento dos pais sobre a toma de suplementos vitamínicos Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre actividades de lazer adequadas Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre alimentação Status	 Pond.	Definição

Demonstrado Não Demonstrado	1 2	
Conhecimento dos pais sobre características das dejecções Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre cuidados ao coto umbilical Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre choro do recém-nascido Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre competências do lactente Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre diagnóstico precoce Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre higiene Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre higiene oral Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre icterícia fisiológica Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil		

Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre importância de regras estruturantes Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre padrão de exercício adequado Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre padrão de sono-repouso Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre perda de peso fisiológica Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre posição ao deitar Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre prevenção de cárie dentária Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre processo de vinculação Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre socialização Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre técnica de lavagem dos dentes Status Demonstrado Não Demonstrado	Pond. 1 2	Definição

Conhecimento dos pais sobre técnica do banho Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre vigilância do estado de saúde Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre aleitamento artificial Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre características do recém-nascido Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre higiene do recém-nascido Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre enxoval do bebé Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre esterilização e preparação do biberão Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento dos pais sobre transporte do recém-nascido Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Conhecimento sobre a nova etapa do ciclo vital Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	Definição
Intervenções Providenciar material de leitura Informar sobre leite artificial Informar sobre características do recém-nascido Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido Ensinar os pais sobre competências do lactente Ensinar os pais sobre alimentação Ensinar os pais sobre características das dejecções		

Ensinar os pais sobre choro do recém-nascido
Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical
Ensinar os pais sobre técnica do banho
Ensinar os pais sobre toma dos suplementos vitamínicos
Ensinar pais sobre diagnóstico precoce
Ensinar pais sobre higiene
Ensinar pais sobre posição ao deitar
Ensinar pais sobre vigilância do estado de saúde
Ensinar sobre a esterilização e preparação do biberão
Ensinar sobre cuidados de higiene do recém-nascido
Ensinar sobre enxoval do bebé
Ensinar sobre transporte do recém-nascido
Ensinar técnica de aleitamento artificial
Instruir sobre a esterilização e preparação do biberão
Instruir sobre cuidados ao coto umbilical
Instruir sobre cuidados de higiene do recém-nascido
Treinar cuidados ao coto umbilical
Treinar esterilização e preparação do biberão
Treinar os pais a realizar a higiene da criança
Treinar técnica de aleitamento artificial
Ensinar os pais sobre vigilância de saúde
Ensinar os pais sobre vigilância do estado de saúde
Ensinar os pais sobre técnica de lavagem dos dentes
Ensinar os pais sobre prevenção de cárie dentária
Ensinar os pais sobre higiene oral
Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes
Ensinar os pais sobre padrão de exercício
Ensinar os pais sobre padrão de sono-repouso
Ensinar os pais sobre desenvolvimento cognitivo, psicossexual e social
Ensinar os pais sobre actividades de lazer
Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil
Ensinar os pais sobre processo de vinculação
Ensinar os pais sobre importância de regras estruturantes
Promover adaptação da família à escola
Promover adaptação da família á saída dos filhos de casa
Ensinar sobre nova etapa do ciclo vital
Promover a comunicação expressiva de emoções
Promover estratégias de coping familiar para o desempenho do papel
Incentivar família na redefinição de papéis
Incentivar família para comportamentos de adesão no desempenho do papel
Avaliar as dimensões de conflito do papel
Avaliar dimensões não consensuais do exercício do papel
Avaliar factores de saturação do exercício do Papel

Incentivar a redefinição das tarefas parentais
Negociar a redefinição das tarefas parentais
Promover o envolvimento da família alargada

Grupo de Status **Papel Prestador de Cuidados**

Seguindo os mesmos princípios utilizados na Avaliação Familiar relativamente aos dados de avaliação do Papel de Prestador de Cuidados, os Status "Conhecimento do Papel", "Aprendizagem de Habilidades" e "Comportamentos de Adesão" integram itens relativos aos seguintes Auto cuidados: Higiene; Vestuário; Comer; Beber; Ir ao Sanitário; Comportamento Sono-Repouso; Actividade Física; Gestão do Regime Terapêutico; Autovigilância; Administração de Medicamentos;

Adequação Status Adequado Não Adequado	 Pond. 1 2	 Definição Não Adequado Se: "Conhecimento do Papel Não Demonstrado" e/ou "Aprendizagem de Habilidades no Papel Não Demonstrado" e/ou "Comportamentos de Adesão Não Demonstrado" e/ou "Consenso Não" e/ou "Conflito Sim" e/ou "Saturação do Papel Sim"
Aprendizagem de Habilidades Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Aprendizagem de Habilidades l Não Demonstrado Se em pelo menos um dos indicadores de avaliação não demonstrar conhecimento, relativamente aos seguintes itens: Higiene; Vestuário; Comer; Beber; Ir ao Sanitário; Comportamento Sono-Repouso; Actividade Física; Gestão do Regime Terapêutico; Autovigilância; Administração de Medicamentos;
Comportamentos de Adesão Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Comportamentos de Adesão Não Demonstrado se PC não estimula a independência do membro dependente e /ou se não promove adequadamente pelo menos um dos seguintes cuidados: Higiene; Vestuário; Ingestão Nutricional; Ir ao sanitário; Comportamento Sono-Repouso; Actividades recreativas; Actividade Física; Vigilância, Administração de Medicamentos;
Conflito Status Presente Ausente	 Pond. 1 2	 Definição As expectativas entre o papel/papéis são incompatíveis. Sobretudo relacionado com a sobrecarga de papeis.
Conhecimento do Papel Status Demonstrado Não Demonstrado	 Pond. 1 2	 Definição Conhecimento do Papel Não Demonstrado Se em pelo menos um dos indicadores de avaliação não demonstrar conhecimento, relativamente aos seguintes itens: Higiene; Vestuário; Comer; Beber; Ir ao Sanitário; Comportamento Sono-Repouso; Actividade Física; Gestão do Regime Terapeutico; Autovigilância; Administração de Medicamentos;
Consenso Status Presente Ausente	 Pond. 1 2	 Definição Os membros da família estão de acordo com as expectativas ligadas ao papel
Saturação do Papel Status Presente	 Pond. 1	 Definição O membro da família não tem os recursos, nem o tempo

Ausente	2	e energia para satisfazer as necessidades do papel

Intervenções

Validar conhecimento do prestador de cuidados sobre papel de prestador de cuidados
Verificar aprendizagem de habilidades
Verificar conhecimentos
Avaliar as dimensões de conflito do papel
Avaliar dimensões não consensuais do exercício do papel
Avaliar factores de saturação do exercício do Papel
Avaliar a aceitação do papel de prestador de cuidados
Planear com o prestador de cuidados estratégias de ingestão de líquidos
Requerer Serviços de Saúde
Requerer serviço domiciliário
Requerer serviço social
Assistir o prestador de cuidados na identificação das vantagens do desempenho do papel de prestador de cuidados
Facilitar a comunicação expressiva de emoções
Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados
Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados
Encorajar a comunicação expressiva de emoções
Encorajar o prestador de cuidados para o desempenho do papel de prestador de cuidados
Promover comunicação expressiva de emoções na família
Promover estratégias de coping familiar para o desempenho do papel
Incentivar família na redefinição de papéis
Incentivar família para comportamentos de adesão no desempenho do papel
Incentivar prestador de cuidados para a promoção de actividades recreativas da pessoa dependente
Disponibilizar prestação de serviços na comunidade
Negociar com a família a redefinição de papéis
Elogiar envolvimento do prestador de cuidados
Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador de cuidados
Informar o prestador de cuidados sobre actividades recreativas
Informar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde
Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de posicionamento
Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de transferência
Ensinar o prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença
Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de hiperglicemia capilar
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia capilar
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de deambulação
Ensinar prestador de cuidados sobre a adequação do vestuário ao clima
Ensinar prestador de cuidados sobre armazenamento de medicamentos
Ensinar prestador de cuidados sobre eliminação de medicamentos
Ensinar prestador de cuidados sobre equipamento adaptativo
Ensinar prestador de cuidados sobre estratégias de promoção de sono e repouso
Ensinar prestador de cuidados sobre hábitos de exercício
Ensinar prestador de cuidados sobre higiene do cabelo
Ensinar prestador de cuidados sobre importância do sono
Ensinar prestador de cuidados sobre organização do sono e repouso
Ensinar prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos
Ensinar prestador de cuidados sobre preparação de alimentos
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de administração de insulina
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de banho
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de despir
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de ingestão de líquidos
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes

Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de mobilização: deambular
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de mobilização: erguer-se
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de mobilização: levantar-se
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de mobilização: sentar-se
Ensinar prestador de cuidados sobre técnica de vestir
Ensinar prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário
Ensinar prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar
Ensinar prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
Ensinar prestador de cuidados sobre vigilância dos pés
Instruir o prestador de cuidados a assistir na transferência
Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa
Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no deambular
Instruir o prestador de cuidados sobre como gerir o regime terapêutico
Instruir o prestador de cuidados sobre utilização de equipamento para prevenção das quedas
Instruir prestador de cuidados
Instruir prestador de cuidados
Instruir prestador de cuidados a proceder à auto vigilância da glicemia capilar
Instruir prestador de cuidados a proceder à vigilância dos pés
Instruir prestador de cuidados sobre armazenamento de medicamentos
Instruir prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos
Instruir prestador de cuidados sobre estratégias de promoção de sono e repouso
Instruir prestador de cuidados sobre higiene do cabelo
Instruir prestador de cuidados sobre preparação de alimentos
Instruir prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
Instruir prestador de cuidados sobre regime medicamentoso
Instruir prestador de cuidados sobre sobre técnica de mobilização: erguer-se
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de administração de insulina
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de alimentação
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de deambulação
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de ingestão de líquidos
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de mobilização: deambular
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de mobilização: erguer-se
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de mobilização: sentar-se
Instruir prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento
Instruir prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário
Instruir prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
Treinar o prestador de cuidados a assistir na transferência
Treinar o prestador de cuidados a assistir no deambular
Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se
Treinar o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico
Treinar o prestador de cuidados na técnica de posicionamento
Treinar o prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenir as quedas
Treinar prestador de cuidados a proceder à vigilância dos pés
Treinar prestador de cuidados sobre eliminação de medicamentos
Treinar prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos
Treinar prestador de cuidados sobre estratégias de promoção de sono e repouso
Treinar prestador de cuidados sobre higiene do cabelo
Treinar prestador de cuidados sobre preparação de alimentos
Treinar prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
Treinar prestador de cuidados sobre regime medicamentoso
Treinar prestador de cuidados sobre sobre técnica de mobilização: erguer-se
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de administração de insulina
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de alimentação
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de banho
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de deambulação
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia

Treinar prestador de cuidados sobre técnica de ingestão de líquidos
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de lavagem dos dentes
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de mobilização: levantar-se
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de transferência
Treinar prestador de cuidados sobre técnica de vestir
Treinar prestador de cuidados sobre utilização do fio dentário
Treinar prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial
Treinar prestador de cuidados técnica de mobilização: sentar-se
Orientar família para Serviço Social
Orientar o prestador de cuidados para a prestação de serviços na comunidade
Orientar o prestador de cuidados para o serviço social

Grupo de Status **Processo Familiar**

Disfunção		
Status	Pond.	Definição
Não Disfuncional	1	
Disfuncional	2	Processo Familiar Disfuncional Se: "Comunicação Não Eficaz" e/ou "Coping Familiar Não Eficaz" e/ou "Interacção de Papéis Não Eficaz/ Conflitual" e/ou "Relação Dinamica Disfuncional"
Comunicação Familiar		
Status	Pond.	Definição
Eficaz	1	
Não Eficaz	2	Comunicação Familiar Não Eficaz se: um dos ítens de caracterização - Comunicação Emocional, Comunicação Verbal/Não Verbal, Comunicação Circular se situar no "Não" ou "Não Favorável" (Avaliação Inicial)
Coping Familiar		
Status	Pond.	Definição
Eficaz	1	
Não Eficaz	2	Coping Familiar Não Eficaz se: Na família nenhum dos membros identifica problemas e não toma iniciativa para os resolverem e/ou "Não existe discussão sobre os problemas" e/ou "Os membros da família não se sentem satisfeitos com a forma como discutem os problemas" e/ou "Não existem experiências anteriores positivas na resolução de problemas" (Avaliação Inicial)
Interacção de Papéis Familiares		
Status		
Eficaz	Pond.	Definição
Não Eficaz	1	
	2	Interacção de Papéis Não Eficaz se: "Consenso do Papel" Não e/ou "Saturação do Papel" Sim em "Papel Provedor" e/ou "Papel de Gestão Financeira" e/ou "Papel de Cuidado Doméstico" e/ou "Papel Recreativo" e/ou "Papel de Parente" (Avaliação Inicial)
Não Conflitual	3	
Conflitual	4	Interacção de Papéis Conflitual se: "Conflitos do Papel" Sim em "Papel Provedor" e/ou "Papel de Gestão Financeira" e/ou "Papel de Cuidado Doméstico" e/ou"Papel Recreativo" e/ou "Papel de Parente" (Avaliação Inicial)
Relação Dinâmica		
Status	Pond.	Definição
Não Disfuncional	1	
Disfuncional	2	Relação Dinâmica Disfuncional se: "A família não manifesta satisfação relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros" (Influência e Poder) e/ou "Os membros da família não se sentem

		satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união" (Alianças e Uniões) e/ou "Família muito equilibrada ou extrema" (Tipo de família) e/ou score de Apgar Familiar de pelo menos um dos membros « 3 (família com disfunção acentuada) (Avaliação Inicial)
Intervenções Monitorizar percepção da funcionalidade da família através da Escala de APGAR Familiar de Smilkstein Monitorizar coesão e adaptabilidade da família através da Escala FACES II Avaliar conflitos dos papéis familiares Avaliar dimensões não consensuais dos papéis familiares Avaliar saturação do papel Planear rituais na família Requerer Serviços de Saúde Requerer serviço social Optimizar padrão de assertividade Optimizar padrão de ligação familiar Optimizar a comunicação (Procedimento) Facilitar o suporte familiar Promover comunicação expressiva de emoções na família Promover estratégias de coping familiar Promover estratégias de coping familiar para o desempenho do papel Promover suporte familiar Promover envolvimento da família Incentivar família na redefinição de papéis Incentivar o envolvimento da família Negociar com a família a redefinição de papéis Negociar estratégias de coping familiar Elogiar o envolvimento da família Orientar família para Serviço Social Orientar família para Terapia Familiar		

Programa de Saúde da Família – Notas Finais

Saúde Familiar –
Tendo como objectivo a avaliação e intervenção familiar considerando o sistema familiar como foco dos cuidados, foram definidas as seguintes áreas de atenção:

Rendimento
Habitação
Precaução de segurança
Abastecimento de água
Animal doméstico

Avaliar em todas as famílias

Satisfação Conjugal

Avaliar em todas as famílias em que haja pelo menos um casal

Planeamento Familiar

Saúde Familiar: Avaliar em todas as famílias em que haja pelo menos um casal em idade fértil. O fenómeno é activado de acordo com os critérios definidos.
No âmbito do Programa: Planeamento Familiar e Saúde Reprodutiva são activados os fenómenos dirigidos á mulher e/ou homem individualmente (exº: Auto-Vigilância; Auto-Controlo). Excepcionalmente será activado o fenómeno "uso de contraceptivo" quando a um dos elementos da família está associado este Programa de Saúde, mas o seu namorado/parceiro não faz parte da família.

Adaptação à gravidez

Saúde Familiar: Avaliar em todas as famílias em que haja gravidez. O fenómeno é activado de acordo com os critérios definidos.
No âmbito dos Programas de Saúde: Preparação Psicoprofiláctica para o Parto e Saúde Materna são activados os fenómenos dirigidos á mulher individualmente.

Papel Parental

Saúde Familiar: Avaliar e activar o fenómeno em todas as famílias em que haja exercício do papel parental. Na avaliação inicial documentam-se os dados relativos ao consenso, conflito e saturação do papel. No Processo de Enfermagem activa-se o fenómeno, seleccionando os status adequados, de acordo com a idade da criança. Duplica-se o foco quando na família existe mais de que uma criança/jovem, registando-se nas especificações o nome do filho.
No âmbito do Programa de Saúde Infantil são activados os fenómenos dirigidos á criança/jovem individualmente.

Papel de prestador de cuidados

Duplicar o foco de acordo com o número de prestadores.

Saúde Familiar: Avaliar o fenómeno em todas as famílias em que haja exercício do papel de Prestador de Cuidados direccionado à prestação de cuidados por dependência de um dos membros da família no Autocuidado. O fenómeno é activado de acordo com os critérios definidos. Em todos as outras situações, que não dependência do Autocuidado, em que há necessidade de avaliar o conhecimento/aprendizagem do PC, mantêm-se os status actuais (exº: Ulcera de pressão, maceração, etc.). Quando o PC não é membro da família (ajudante de saúde, vizinho, família alargada, etc) é documentado na Avaliação Familiar quem é o prestador de cuidados para cada Autocuidado. , Nesta situação o conhecimento/aprendizagem do PC é documentado nos status associados aos fenómenos individuais, no âmbito do Programa de Saúde "Dependentes", nos focos do Auto Cuidados

Processo Familiar

Avaliar em todas as famílias

As áreas de atenção definidas para a Saúde Familiar estão incluídas na Avaliação Inicial, sendo activados os fenómenos no "Processo de Enfermagem" de acordo com os critérios descritos no Manual.

ANEXO VI- Consentimento Informado

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CONSENTIMENTO INFORMADO

Magda Cláudia de Lemos Fachadas, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, pretende realizar um estudo de caso denominado "Um olhar sobre o Papel Parental no Recém-nascido". Para o efeito existe a necessidade de efectuar o levantamento de alguns dados familiares através de uma entrevista.

Neste sentido é pertinente esclarecer, desde já determinados aspectos que se pretende cumprir rigorosamente:

- O uso da informação pretendida é exclusivamente para este trabalho;
- A confidencialidade e a privacidade dos participantes ficarão completamente salvaguardadas;
- Os intervenientes têm liberdade de desistir do estudo a qualquer momento.

Tive conhecimento dos objectivos da entrevista e autorizo o tratamento dos dados retirados da mesma.

Almada, ___ de _____ de 2011 _____

[Assinatura do(s) participante(s)]

Anexo 2- Guias de acolhimento da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa da Caparica

(Folheto desdobrável)

Vacinação

- A administração de vacinas que não fazem parte do plano têm que ser compradas na farmácia e devem-se fazer acompanhar da receita médica.
- São raras as situações que impedem a normal vacinação, mas se tiver alguma dúvida, informe-se junto da equipa de saúde.

Proteja a sua saúde e a do seu filho. Tenha as suas vacinas também em dia!



Os pais são reconhecidos como os primeiros e principais responsáveis pela criança, devendo garantir o cumprimento dos seus direitos

OS NOSSOS PARABÉNS POR ZELAR PELA SAÚDE DO SEU FILHO!!!

Referências Bibliográficas:

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. (Orientações Técnicas n.º10). Lisboa: DGS. 2006. ISBN: 972-675-136-5.

Elaborado por:

Magda Fachadas

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Universidade Católica Portuguesa

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica

* ACES Almada *



Guia de Acolhimento

Vacinação

2010



Sejam Bem-Vindos

Aos Pais e Familiares:

As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de proteger o vosso filho de certas doenças.

Contamos com a vossa colaboração no cumprimento do Programa Nacional de Vacinação.

A Equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica

Documentos

Ao dirigir-se a esta Unidade com o seu filho deve sempre fazer-se acompanhar dos seguintes documentos:

- **Boletim "de Vacinas"**



- **Boletim de Saúde Infantil e Juvenil**



- **Cartão de Utente** do Sistema Nacional de Saúde ou documento impresso de substituição

Se o seu filho é recém-nascido deve trazer:

- **Certidão de Registo de Nascimento**, para efectuar nos serviços administrativos a inscrição no seu processo de família.

As vacinas do Programa Nacional de Vacinação são gratuitas.
Vacine o seu filho, não custa nada!



Vacinação

Como proceder?

- Dirija-se ao secretariado e retire uma senha dentro do horário indicado:

HORÁRIOS:
3.ª feira– das 14h às 16h
4.ª feira– das 9h às 11h
6.ª feira– das 9h às 11h

- Quando as Consultas de Saúde Infantil e Juvenil coincidem com a altura de fazer as vacinas, estas são administradas do dia da consulta.
- Pode consultar o esquema de vacinas recomendado pela Direcção Geral de Saúde na última página do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil do seu filho.

Compareça com o seu filho para as vacinas dentro do horário estipulado. Seja pontual!

(Folheto desdobrável)

Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

Se está a amamentar o seu filho:

- *Durante o 1.º mês deve pesar o seu filho* ***todas as semanas.***
- *Depois do 1.º mês de vida deve pesar de* ***15 em 15 dias.***

Deve dirigir-se ao gabinete de Saúde Infantil e Juvenil, onde a Enfermeira Responsável irá pesar o seu filho, esclarecerá dúvidas acerca da amamentação e igualmente agendará as pesagens seguintes.

Ao amamentar fornece uma vacina natural ao seu bebé!



Os pais são reconhecidos como os primeiros e principais responsáveis pela criança, devendo garantir o cumprimento dos seus direitos

CONGRATULAMO-O PELOS EXCELENTES CUIDADOS QUE PRESTA AO SEU FILHO!!!

Referências Bibliográficas:

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Saúde Infantil e Juvenil: Programa– tipo de actuação (Orientações Técnicas). Lisboa: DGS. 2002. ISBN: 972-675-084-9.

Elaborado por:

Magda Fachadas

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Universidade Católica Portuguesa

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica

* ACES Almada *



Guia de Acolhimento

Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

2010



Sejam Bem–Vindos

Aos Pais e Familiares:

A equipa de saúde desta Unidade vem por este meio convidá-los a partilhar a responsabilidade dos cuidados de saúde da vossa criança.

Queremos participar na promoção da vossa autonomia no cuidado ao vosso filho.

Contamos com a vossa colaboração no cumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil.

A Equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica

Documentos

Ao dirigir-se a esta Unidade com o seu filho deve sempre fazer-se acompanhar dos seguintes documentos:



- **Boletim "de Vacinas"**
- **Boletim de Saúde Infantil e Juvenil**



- **Cartão de Utente** do Sistema Nacional de Saúde ou documento impresso de substituição

Se o seu filho é recém-nascido deve trazer:

- **Certidão de Registo de Nascimento**, para efectuar nos serviços administrativos a inscrição no seu processo de família.

Obterá informações que permitirão cuidar do seu filho com autonomia, promovendo a sua saúde e bem-estar.



Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

Consulta de vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem desde os 0 aos 18 anos de idade.

Devem realizar-se nas seguintes idades:

- Primeiros 10 dias de vida;
- 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24 meses;
- 3, 4, entre 5 e 6, 8, entre 11 e 13, 15, 18 anos.

Como proceder?

Após a alta da Maternidade deve dirigir-se a esta Unidade com a Certidão de Registo de Nascimento do seu filho e efectuar a sua inscrição.

Contactar a Enfermeira Responsável da Saúde Infantil e Juvenil para agendar o "teste do pézinho".

As próximas consultas ficarão agendadas mediante disponibilidade de agenda. caso contrário. deve ligar para efectuar a marcação:

212918510

3.ª feiras– das 11 h às 16 h

6.ª feiras– das 14h30 às 16 h

Compareça com o seu filho para a consulta na hora marcada. Seja pontual!

(Folheto desdobrável)

Contactos Úteis



Saúde 24	808 24 24 00
INEM	112
UCSP Costa de Caparica	212 918 510
Hospital Garcia de Orta	212 727 100
Centro de Informação Anti-venenos	808 250 143
SOS Criança- Instituto de Apoio à Criança	808 202 651

OS NOSSOS PARABÉNS PELA FORMA COMO CUIDAM DO VOSSO FILHO!!!

Os pais são reconhecidos como os primeiros e principais responsáveis pela criança, devendo garantir o cumprimento dos seus direitos

Referências Bibliográficas:

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. (Orientações Técnicas n.º10). Lisboa: DGS. 2006. ISBN: 972-675-136-5.

Elaborado por:

Magda Fachadas

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Universidade Católica Portuguesa

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica

* ACES Almada *



Guia de Acolhimento

Consulta de Atendimento Urgente

2010

Sejam Bem-Vindos



Aos Pais e Familiares:

Quando o vosso filho está doente vocês são os primeiros a reconhecê-lo.

Vocês são os principais conhecedores das alterações do comportamento e de uma situação de doença da vossa criança.

Contamos com a vossa colaboração no fornecimento dos dados necessários para um diagnóstico eficaz.

A Equipa da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Costa de Caparica

Documentos

Ao dirigir-se a esta Unidade com o seu filho deve sempre fazer-se acompanhar dos seguintes documentos:

- **Boletim "de Vacinas"**
- **Boletim de Saúde Infantil e Juvenil**
- **Cartão de Utente** do Sistema Nacional de Saúde ou documento impresso de substituição

Se o seu filho é recém-nascido deve trazer:

- **Certidão de Registo de Nascimento**, para efectuar nos serviços administrativos a inscrição no seu processo de família.



Consulta de Doença

Como proceder?

HORÁRIO:
Segunda a Sexta feira
das16h às 20h

- Dirija-se ao secretariado e retire uma senha.
- Proceda à inscrição do seu filho.



Anexo 3- Regime especial de protecção de crianças e jovens com doença oncológica

Lei n.º 67/2009

de 6 de Agosto

Elevação da vila de São Pedro do Sul, no município de São Pedro do Sul, distrito de Viseu, à categoria de cidade

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único

A vila de São Pedro do Sul, que abrange os territórios das freguesias de São Pedro do Sul e da Várzea, no município de São Pedro do Sul, distrito de Viseu, é elevada à categoria de cidade.

Aprovada em 12 de Junho de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama.*

Promulgada em 20 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 21 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

Lei n.º 68/2009

de 6 de Agosto

Elevação da vila de Samora Correia, no município de Benavente, distrito de Santarém, à categoria de cidade

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único

A vila de Samora Correia, no município de Benavente, distrito de Santarém, é elevada à categoria de cidade.

Aprovada em 12 de Junho de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama.*

Promulgada em 20 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 21 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

Lei n.º 69/2009

de 6 de Agosto

Elevação da vila da Senhora da Hora, no município de Matosinhos, distrito do Porto, à categoria de cidade

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único

A vila da Senhora da Hora, no município de Matosinhos, distrito do Porto, é elevada à categoria de cidade.

Aprovada em 12 de Junho de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama.*

Promulgada em 20 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 21 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

Lei n.º 70/2009

de 6 de Agosto

Elevação da vila de Borba, no município de Borba, distrito de Évora, à categoria de cidade

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo único

A vila de Borba, no município de Borba, distrito de Évora, é elevada à categoria de cidade.

Aprovada em 12 de Junho de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama.*

Promulgada em 20 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 21 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

Lei n.º 71/2009

de 6 de Agosto

Cria o regime especial de protecção de crianças e jovens com doença oncológica

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei cria o regime especial de protecção de crianças e jovens com doença oncológica.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei entende-se por:

a) «Criança ou jovem» o indivíduo menor de 18 anos de idade;
b) «Doença oncológica» a doença constante da lista definida em regulamentação própria.

Artigo 3.º

Regime especial de protecção

O regime especial de protecção de crianças e jovens com doença oncológica compreende:

a) A protecção na parentalidade;
b) A comparticipação nas deslocações para tratamentos;
c) O apoio especial educativo;
d) O apoio psicológico.

Artigo 4.º

Garantia de direitos

Da aplicação do regime previsto na presente lei não pode resultar diminuição de direitos, subsídios ou quaisquer outras

regalias, para beneficiários nela previstos e que lhes sejam aplicáveis por força de outra disposição legal ou constante de instrumento de regulamentação colectiva de trabalho.

Artigo 5.º

Informação

O Estado e as demais entidades competentes, públicas ou privadas, asseguram, relativamente aos beneficiários do regime de protecção social estabelecido na presente lei, a divulgação dos direitos nela previstos, devendo ainda prestar-lhes, nos termos considerados adequados, todas as informações relevantes sobre o modo do exercício desses direitos.

CAPÍTULO II

Protecção na parentalidade

Artigo 6.º

Beneficiários

1 — Têm direito à protecção na parentalidade, prevista no Código do Trabalho, os progenitores da criança ou jovem com doença oncológica que, cumulativamente:

a) Exerçam o poder paternal sobre a criança ou jovem; e
b) Vivam em comunhão de mesa e habitação com a criança ou jovem.

2 — A protecção na parentalidade conferida aos progenitores através da presente lei é extensível ao adoptante, tutor ou pessoa a quem for deferida a confiança judicial ou administrativa da criança ou jovem com doença oncológica, bem como ao cônjuge ou pessoa que viva em união de facto.

CAPÍTULO III

Comparticipação nas deslocações para tratamentos

Artigo 7.º

Beneficiários

1 — É beneficiário da comparticipação nas deslocações a tratamentos prevista no presente capítulo a criança ou jovem com doença oncológica.

2 — O acompanhante da criança ou jovem com doença oncológica tem direito a comparticipação nas deslocações para tratamentos, nos termos do artigo 9.º da presente lei.

Artigo 8.º

Despesas comparticipadas

1 — Só são comparticipadas as despesas relativas a deslocações de ida e volta, que excedam 10 km entre a residência da criança ou jovem com doença oncológica e o local para onde estes devam receber o tratamento.

2 — Caso a deslocação se realize em transportes colectivos, é comparticipado na íntegra o valor da despesa do transporte na classe económica.

3 — Caso a deslocação se realize em transporte particular, o valor da comparticipação com a despesa do transporte é fixado nos termos do artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 106/98, de 24 de Abril.

Artigo 9.º

Carácter subsidiário

1 — As despesas suportadas pelos acompanhantes das crianças e jovens com doença oncológica em deslocações para tratamentos, consultas e demais assistência médica relacionada com essa doença só são comparticipadas em caso de insuficiência de meios humanos ou materiais da respectiva unidade médico-social ou em caso de carência de serviços especializados necessários.

2 — Para os efeitos previstos no número anterior, por indicação do médico assistente, os serviços competentes emitem uma credencial.

3 — Se for o caso, a credencial indica as razões pelas quais criança e jovem com doença oncológica devem deslocar-se acompanhados.

Artigo 10.º

Reembolso

1 — Os beneficiários devem solicitar a comparticipação prevista no presente capítulo junto da instituição gestora da unidade médico-social que os abranja.

2 — O pedido de comparticipação deve ser acompanhado da credencial prevista no n.º 2 do artigo anterior, bem como dos comprovativos das despesas efectuadas.

3 — O direito à comparticipação caduca se, no prazo de 90 dias a contar da data em que foram realizadas as despesas, o beneficiário não a solicitar ou não apresentar os comprovativos das despesas efectuadas.

CAPÍTULO IV

Apoio especial educativo

Artigo 11.º

Medidas educativas especiais

1 — Sem prejuízo do disposto no número seguinte, às crianças e jovens com doença oncológica aplica-se com as devidas adaptações o disposto no Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, alterado pela Lei n.º 21/2008, de 12 de Maio.

2 — O Governo aprova por diploma próprio outras medidas educativas especiais que tenham por objectivo beneficiar a frequência às aulas, contribuir para a aprendizagem e sucesso escolar e favorecer a plena integração das crianças e jovens com doença oncológica, nomeadamente:

a) Condições especiais de avaliação e frequência escolar;
b) Apoio educativo individual e ou no domicílio, sempre que necessário;
c) Adaptação curricular;
d) Utilização de equipamentos especiais de compensação.

CAPÍTULO V

Apoio psicológico

Artigo 12.º

Beneficiários

São beneficiários de apoio psicológico:

a) As crianças e jovens com doença oncológica;
b) As pessoas que preencham os requisitos previstos no artigo 6.º

Artigo 13.º

Local

1 — O apoio psicológico é prestado no próprio estabelecimento hospitalar ou local onde a criança e jovem com doença oncológica esteja internada ou receba os tratamentos.

2 — Caso o apoio previsto no número anterior não possa ser efectuado, o apoio psicológico é prestado através dos centros de saúde e hospitais da área de residência do agregado familiar.

CAPÍTULO VI

Disposições finais e transitórias

Artigo 14.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 2010.

Artigo 15.º

Regulamentação

O governo regulamenta a presente lei no prazo de 60 dias a contar da data da sua publicação.

Aprovada em 18 de Junho de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama.*

Promulgada em 21 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 22 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

Lei n.º 72/2009

de 6 de Agosto

Introduz um regime transitório de majoração do incentivo fiscal à destruição de automóveis ligeiros em fim de vida previsto no Decreto-Lei n.º 292-A/2000, de 15 de Novembro

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea *c*) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Regime transitório de aplicação do Decreto-Lei n.º 292-A/2000, de 15 de Novembro

1 — Os montantes de redução do imposto sobre veículos estabelecidos nas alíneas *a*) e *b*) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 292-A/2000, de 15 de Novembro, são fixados em € 1250 e € 1500, respectivamente, aplicando-se aos pedidos de benefício apresentados até 31 de Dezembro de 2009, nos termos do n.º 3 do artigo 2.º do mesmo decreto-lei.

2 — O regime transitório referido no número anterior aplica-se:

a) Para os casos estabelecidos na alínea *a*) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 292-A/2000, de 15 de Novembro, a automóveis ligeiros a destruir com 8 anos ou mais e menos de 13 anos;

b) Para os casos estabelecidos na alínea *b*) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 292-A/2000, de 15 de Novembro, a automóveis ligeiros a destruir com 13 anos ou mais.

Artigo 2.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 18 de Junho de 2009.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama.*

Promulgada em 22 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 23 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DA AGRICULTURA, DO DESENVOLVIMENTO RURAL E DAS PESCAS

Portaria n.º 846/2009

de 6 de Agosto

Na sequência da alteração introduzida ao Decreto-Lei n.º 2/2008, de 4 de Janeiro, e ao Decreto-Lei n.º 37-A/2008, de 8 de Março, pelo Decreto-Lei n.º 66/2009, de 20 de Março, que define o modelo de governação e as regras gerais de aplicação dos programas de desenvolvimento rural financiados pelo Fundo Europeu Agrícola de Desenvolvimento Rural (FEADER), que atribui ao IFAP, I. P., a competência para a recepção e controlo dos pedidos de pagamento e a programação, direcção e execução dos controlos *in loco,* torna-se necessário proceder à adequação dos Estatutos deste Instituto.

Assim:

Ao abrigo do artigo 12.º da Lei n.º 3/2004, de 15 de Janeiro:

Manda o Governo, pelos Ministros de Estado e das Finanças e da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

Artigo 1.º

Alteração à Portaria n.º 355/2007, de 30 de Março

Os artigos 1.º, 3.º, 4.º, 7.º, 9.º e 10.º do anexo à Portaria n.º 355/2007, de 30 de Março, que aprovou os Estatutos do Instituto de Financiamento da Agricultura e Pescas, I. P. (IFAP, I. P.), passam a ter a seguinte redacção:

«Artigo 1.º

[...]

1 — . . . . . .

a) . . . . . .
b) . . . . . .
c) . . . . . .
d) . . . . . .

Anexo 4- Protecção social na parentalidade

Março de 2009, e transferida a sua gestão para o Clube de Caça e Pesca do Concelho de Tondela.

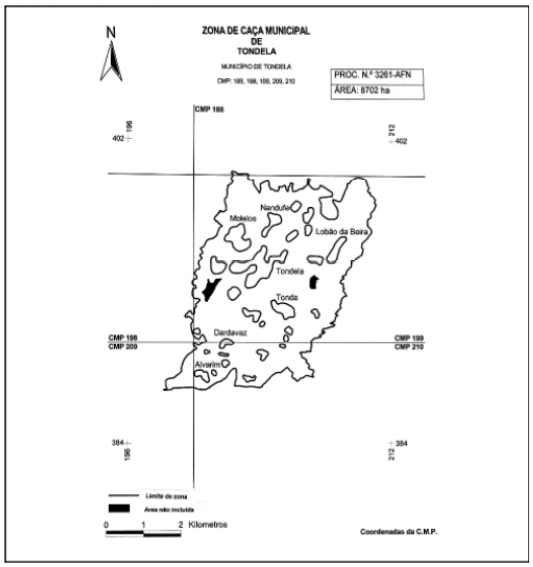
Entretanto, a entidade titular veio requerer a sua renovação.

Cumpridos os preceitos legais, com fundamento no disposto no artigo 21.º, em conjugação com o estipulado na alínea *a*) do artigo 18.º, do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com a actual redacção, ouvido o Conselho Cinegético Municipal, manda o Governo, pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º Pela presente portaria esta zona de caça bem como a transferência de gestão são renovadas, por um período de seis anos, englobando os terrenos cinegéticos cujos limites constam da planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante, sitos nas freguesias de Campo de Besteiros, Vilar de Besteiros, Molelos, Nandufe, Canas de Santa Maria, Lobão da Beira, Tonda, Mouraz, Vila Nova da Rainha, Dardavaz, Sabugosa, Lajeosa do Dão e Tondela, município de Tondela, com a área de 8702 ha.

2.º A presente portaria produz efeitos a partir do dia 25 de Março de 2009.

Pelo Ministro da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, *Ascenso Luís Seixas Simões,* Secretário de Estado do Desenvolvimento Rural e das Florestas, em 3 de Abril de 2009.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL

Decreto-Lei n.º 91/2009

de 9 de Abril

O XVII Governo Constitucional reconhece, no seu Programa, o contributo imprescindível das famílias para a coesão, equilíbrio social e o desenvolvimento sustentável do País.

Reconhecendo a importância e a necessidade de criar medidas que contribuam para a criação de condições favoráveis ao aumento da natalidade, por um lado, mas também à melhoria da conciliação da vida familiar e profissional e aos cuidados da primeira infância, o Governo elaborou um conjunto de medidas de alteração do regime de protecção na parentalidade, primeiro no âmbito do Acordo Tripartido para um Novo Sistema de Regulação das Relações Laborais, das Políticas de Emprego e da Protecção Social em Portugal e mais recentemente plasmadas no Código do Trabalho.

Também no III Plano Nacional para a Igualdade — Cidadania e Género (2007-2010) está prevista a adopção de medidas e acções destinadas a combater as desigualdades de género, promover a igualdade entre mulheres e homens bem como a conciliação entre a vida profissional, familiar e pessoal, elegendo-se como prioridade, nomeadamente, a criação de condições de paridade na harmonização das responsabilidades profissionais e familiares.

No âmbito da protecção à parentalidade, que constitui um direito constitucionalmente reconhecido, a segurança social intervém através da atribuição de subsídios de natureza pecuniária que visam a substituição dos rendimentos perdidos por força da situação de incapacidade ou indisponibilidade para o trabalho por motivo de maternidade, paternidade e adopção.

O novo regime de protecção social elege como prioridades o incentivo à natalidade e a igualdade de género através do reforço dos direitos do pai e do incentivo à partilha da licença, ao mesmo tempo que promove a conciliação entre a vida profissional e familiar e melhora os cuidados às crianças na primeira infância através da atribuição de prestações pecuniárias na situação de impedimento para o exercício de actividade profissional.

O presente decreto-lei alarga o esquema de protecção social na parentalidade dos trabalhadores independentes, que passam a beneficiar do subsídio parental exclusivo do pai e do subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica.

Por outro lado, por força das sucessivas alterações à lei da maternidade, o regime por adopção tem hoje uma protecção menor do que a prevista para a maternidade, pelo que se impõe, por uma questão de justiça social, o reconhecimento ao instituto da adopção do estatuto que lhe é devido através da equiparação deste regime ao regime de protecção na parentalidade, corrigindo-se assim uma injustiça que se vinha verificando desde há alguns anos a esta parte.

São reforçados os direitos do pai por nascimento de filho, quer no que se refere aos direitos de gozo obrigatório quer no que se refere aos direitos de gozo facultativo, e aumenta-se o período de licença parental no caso de partilha da licença parental por ambos os progenitores, garantindo-se um maior período de acompanhamento da criança nos primeiros tempos de vida e possibilitando-se uma maior partilha e flexibilização dos progenitores na conciliação da vida familiar com a gestão da sua carreira profissional.

Ademais, cria-se a possibilidade de prolongamento da licença parental inicial por mais seis meses adicionais subsidiados pela segurança social. O subsídio parental alargado com a duração de três meses é concedido a um ou a ambos os cônjuges alternadamente, desde que a respectiva licença seja gozada no período imediatamente subsequente à licença parental inicial ou à licença complementar, na modalidade de alargada, pelo outro cônjuge.

Com o objectivo de incentivar a natalidade e melhorar os cuidados às crianças na primeira infância o trabalho a

tempo parcial para acompanhamento de filho durante os 12 primeiros anos de vida é contado em dobro para efeitos de atribuições de prestações de segurança social, com o limite da remuneração correspondente ao tempo completo.

No âmbito da assistência a filhos, em caso de doença ou acidente, procede-se ao alargamento das situações passíveis de protecção através da atribuição de subsídio durante o correspondente período de faltas e reforça-se a protecção conferida em caso de filho com deficiência ou doença crónica.

Assim, as faltas para assistência a menor de 12 anos ou, independentemente da idade, no caso de filho com deficiência ou doença crónica, são subsidiadas durante o período máximo de 30 dias por ano civil ou durante todo o período de eventual hospitalização, sendo as faltas para assistência a maiores de 12 anos subsidiadas durante o período máximo de 15 dias também por ano civil, acrescidos de um dia por cada filho além do primeiro.

Reforçam-se os direitos dos avós e promove-se a possibilidade de uma melhor flexibilização da gestão e organização da vida familiar através da criação de um subsídio para as faltas dos avós que, em substituição dos pais, prestam assistência aos netos menores doentes ou, independentemente da idade, com deficiência ou doença crónica.

Aumenta-se em dobro o limite máximo do subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica discriminando positivamente as situações em que se verificam necessidades especiais na assistência à família.

São ainda simplificados os meios de prova no sentido de permitir uma maior facilidade ao cidadão em requerer as respectivas prestações, prevendo-se a possibilidade de dispensa de requerimento quando as situações são certificadas através do Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho, sem prejuízo de se manter a possibilidade de requerimento em papel e *online* através da segurança social directa. Deixa de ser exigível a comprovação do período de impedimento pelas respectivas entidades empregadoras, excepto na situação de risco específico.

Neste contexto, o presente decreto-lei estabelece o regime de protecção social na parentalidade em adequação à recente alteração do quadro jurídico-laboral, constante do Código do Trabalho, e promove a consolidação jurídica, num único texto normativo, do regime de protecção social do sistema previdencial e do subsistema de solidariedade tendo em vista assegurar uma maior equidade, clareza e facilidade no acesso aos direitos que assistem aos seus destinatários.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.

Foram ouvidos, a título facultativo, os parceiros sociais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido na Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro, e nos termos das alíneas *a*) e *c*) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto e âmbito

O presente decreto-lei define e regulamenta a protecção na parentalidade no âmbito da eventualidade maternidade, paternidade e adopção do sistema previdencial e do subsistema de solidariedade.

Artigo 2.º

Protecção na parentalidade no âmbito do sistema previdencial

1 — A protecção prevista no âmbito do sistema previdencial concretiza-se na atribuição de prestações pecuniárias destinadas a compensar a perda de rendimentos de trabalho em consequência da ocorrência da eventualidade.

2 — A protecção estabelecida no âmbito do sistema previdencial abrange as situações de risco clínico durante a gravidez, de interrupção da gravidez, de parentalidade, de adopção, de risco específico, de assistência a filho, em caso de doença ou acidente, de assistência a filho com deficiência ou doença crónica e de assistência a neto determinantes de impedimento temporário para o trabalho.

Artigo 3.º

Protecção na parentalidade no âmbito do subsistema de solidariedade

1 — A protecção prevista no âmbito do subsistema de solidariedade concretiza-se na atribuição de prestações pecuniárias destinadas a garantir rendimentos substitutivos da ausência ou da perda de rendimentos de trabalho, em situações de carência económica, determinadas pela inexistência ou insuficiência de carreira contributiva em regime de protecção social de enquadramento obrigatório ou no seguro social voluntário que garanta protecção na eventualidade, ou pela exclusão da atribuição dos correspondentes subsídios no âmbito do sistema previdencial.

2 — A protecção estabelecida no âmbito do subsistema de solidariedade abrange as situações de risco clínico durante a gravidez, de interrupção da gravidez, de parentalidade, de adopção e de riscos específicos.

CAPÍTULO II

Protecção no âmbito do sistema previdencial

SECÇÃO I

Âmbito, caracterização dos subsídios e registo de remunerações por equivalência

SUBSECÇÃO I

Âmbito pessoal e material

Artigo 4.º

Âmbito pessoal

1 — A protecção regulada no presente capítulo abrange os beneficiários do sistema previdencial integrados no regime dos trabalhadores por conta de outrem e no regime dos trabalhadores independentes.

2 — Estão igualmente abrangidos pelo disposto no presente capítulo os beneficiários enquadrados no regime do seguro social voluntário desde que o respectivo esquema de protecção social integre a eventualidade.

Artigo 5.º

Extensão dos direitos atribuídos aos progenitores

1 — A protecção conferida aos progenitores através dos subsídios previstos no presente capítulo é extensiva aos beneficiários do regime geral dos trabalhadores por conta de outrem, adoptantes, tutores, pessoas a quem for deferida a confiança judicial ou administrativa do menor, bem como cônjuges ou pessoas em união de facto com qualquer daqueles ou com o progenitor desde que vivam em comunhão de mesa e habitação com o menor, sempre que, nos termos do Código de Trabalho, lhes seja reconhecido direito às correspondentes faltas, licenças e dispensas.

2 — O previsto no número anterior aplica-se, em igualdade de circunstâncias, aos beneficiários do regime de segurança social dos trabalhadores independentes e do seguro social voluntário.

Artigo 6.º

Beneficiários em situação de pré-reforma

Os titulares de prestações de pré-reforma têm direito aos subsídios previstos no presente capítulo, desde que exerçam actividade enquadrada em qualquer dos regimes a que se refere o artigo 4.º, sendo os respectivos subsídios calculados com base na remuneração do trabalho efectivamente auferida.

Artigo 7.º

Âmbito material

1 — A protecção regulada no presente capítulo concretiza-se na atribuição dos seguintes subsídios:

a) Subsídio por risco clínico durante a gravidez;
b) Subsídio por interrupção da gravidez;
c) Subsídio parental;
d) Subsídio parental alargado;
e) Subsídio por adopção;
f) Subsídio por riscos específicos;
g) Subsídio para assistência a filho;
h) Subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica;
i) Subsídio para assistência a neto.

2 — O direito aos subsídios previstos nas alíneas *c*) a *h*) do número anterior apenas é reconhecido, após o nascimento do filho, aos beneficiários que não estejam impedidos ou inibidos totalmente do exercício do poder paternal, com excepção do direito da mãe ao subsídio parental inicial de 14 semanas e do subsídio por riscos específicos durante a amamentação.

3 — A protecção conferida aos trabalhadores independentes não integra os subsídios previstos nas alíneas *g*) e *i*) do número anterior.

Artigo 8.º

Articulação com o regime de protecção social no desemprego

1 — A protecção dos beneficiários que estejam a receber prestações de desemprego concretiza-se na atribuição dos seguintes subsídios:

a) Subsídio por risco clínico durante a gravidez;
b) Subsídio por interrupção da gravidez;
c) Subsídio parental;
d) Subsídio por adopção.

2 — A atribuição dos subsídios referidos no número anterior determina a suspensão do pagamento das prestações de desemprego, durante o período de concessão daqueles subsídios, nos termos regulados no respectivo regime jurídico.

SUBSECÇÃO II

Caracterização dos subsídios

Artigo 9.º

Subsídio por risco clínico durante a gravidez

O subsídio por risco clínico durante a gravidez é concedido nas situações em que se verifique a existência de risco clínico, para a grávida ou para o nascituro, medicamente certificado, impeditivo do exercício de actividade laboral, durante o período de tempo considerado necessário para prevenir o risco.

Artigo 10.º

Subsídio por interrupção da gravidez

O subsídio por interrupção da gravidez é concedido nas situações de interrupção de gravidez impeditivas do exercício de actividade laboral, medicamente certificadas, durante um período variável entre 14 e 30 dias.

Artigo 11.º

Subsídio parental

O subsídio parental é concedido durante o período de impedimento para o exercício da actividade laboral e compreende as seguintes modalidades:

a) Subsídio parental inicial;
b) Subsídio parental inicial exclusivo da mãe;
c) Subsídio parental inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro;
d) Subsídio parental inicial exclusivo do pai.

Artigo 12.º

Subsídio parental inicial

1 — O subsídio parental inicial é concedido pelo período até 120 ou 150 dias consecutivos, consoante opção dos progenitores, cujo gozo podem partilhar após o parto, sem prejuízo dos direitos da mãe a que se refere o artigo seguinte.

2 — Os períodos referidos no número anterior são acrescidos de 30 dias consecutivos nas situações de partilha da licença, no caso de cada um dos progenitores gozar, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivo, ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o período de gozo de licença parental inicial exclusiva da mãe, correspondente a seis semanas após o parto.

3 — No caso de nascimentos múltiplos, aos períodos previstos nos números anteriores acrescem 30 dias por cada gémeo além do primeiro.

4 — A concessão do subsídio parental inicial depende de declaração dos beneficiários dos períodos a gozar ou gozados pelos progenitores, de modo exclusivo ou partilhado.

5 — Caso a licença parental inicial não seja partilhada pela mãe e pelo pai, e sem prejuízo dos direitos da mãe a que se refere o artigo seguinte, há lugar à concessão do subsídio parental inicial ao progenitor que o requeira nas situações em que o outro progenitor exerça actividade profissional e não tenha requerido o correspondente subsídio.

6 — Caso não seja apresentada a declaração de partilha, o direito ao subsídio parental inicial é reconhecido à mãe.

Artigo 13.º

Subsídio parental inicial exclusivo da mãe

O subsídio parental inicial exclusivo da mãe é concedido por um período facultativo até 30 dias antes do parto e seis semanas obrigatórias após o parto, os quais se integram no período de concessão correspondente ao subsídio parental inicial.

Artigo 14.º

Subsídio parental inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro

1 — O subsídio parental inicial de um progenitor em caso de impossibilidade do outro é concedido até ao limite do período remanescente que corresponda à licença parental inicial não gozada, em caso de:

a) Incapacidade física ou psíquica, medicamente certificada, enquanto se mantiver;
b) Morte.

2 — Apenas há lugar ao período total de concessão previsto no n.º 2 do artigo 12.º caso se verifiquem as condições aí previstas, à data dos factos referidos no número anterior.

3 — Em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica de mãe o subsídio parental inicial a gozar pelo pai tem a duração mínima de 30 dias.

4 — Em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica de mãe não trabalhadora nos 120 dias a seguir ao parto o pai tem direito ao remanescente do subsídio parental inicial nos termos do n.º 1, com as devidas adaptações, ou do número anterior.

Artigo 15.º

Subsídio parental inicial exclusivo do pai

1 — O subsídio parental inicial exclusivo do pai é concedido pelos períodos seguintes:

a) 10 dias úteis de gozo obrigatório, seguidos ou interpolados, dos quais 5 gozados de modo consecutivo imediatamente após o nascimento e os restantes 5 nos 30 dias seguintes a este;
b) 10 dias úteis de gozo facultativo, seguidos ou interpolados, desde que gozados, após o período referido na alínea anterior e em simultâneo com a licença parental inicial por parte da mãe.

2 — No caso de nascimentos múltiplos, aos períodos previstos no número anterior acrescem dois dias por cada gémeo além do primeiro, a gozar imediatamente após os referidos períodos.

3 — A atribuição do subsídio parental inicial exclusivo do pai depende de declaração dos períodos a gozar ou gozados pelo mesmo.

Artigo 16.º

Subsídio parental alargado

O subsídio parental alargado é concedido por um período até três meses a qualquer um ou a ambos os progenitores alternadamente, nas situações de exercício de licença parental alargada para assistência a filho integrado no agregado familiar, impeditivas do exercício de actividade laboral, desde que gozado imediatamente após o período de concessão do subsídio parental inicial ou subsídio parental alargado do outro progenitor.

Artigo 17.º

Subsídio por adopção

1 — O subsídio por adopção é concedido aos candidatos a adoptantes nas situações de adopção de menor de 15 anos, impeditivas do exercício de actividade laboral, excepto se se tratar de adopção de filho do cônjuge do beneficiário ou da pessoa com quem o beneficiário viva em união de facto e corresponde, com as devidas adaptações, ao subsídio parental inicial e ao subsídio parental alargado.

2 — Em caso de incapacidade física ou psíquica, medicamente comprovada, ou de morte do beneficiário candidato a adoptante sem que este tenha esgotado o direito ao subsídio, o cônjuge que seja beneficiário tem direito ao subsídio pelo período remanescente ou a um mínimo de 14 dias, ainda que não seja candidato a adoptante, desde que viva em comunhão de mesa e habitação com o adoptado.

3 — No caso de adopções múltiplas, aos períodos previstos nos números anteriores acrescem 30 dias por cada adopção além da primeira.

Artigo 18.º

Subsídio por riscos específicos

1 — O subsídio por riscos específicos é concedido nas situações de impedimento para o exercício de actividade laboral determinadas pela existência de risco específico para a beneficiária grávida, puérpera e lactante que desempenhe trabalho nocturno ou esteja exposta a agentes, processos ou condições de trabalho, que constituam risco para a sua segurança e saúde nos termos definidos na lei, durante o período necessário para prevenir o risco e na impossibilidade de o empregador lhe conferir outras tarefas.

2 — No caso de trabalhadoras independentes ou abrangidas pelo seguro social voluntário, a comprovação do risco de desempenho de trabalho nocturno ou de exposição a agente ou processos ou condições de trabalho é efectuada por médico do trabalho ou por instituição ou serviço integrado no Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 19.º

Subsídio para assistência a filho

1 — O subsídio para assistência a filho é concedido, nas situações de impedimento para o exercício de actividade laboral determinadas pela necessidade de prestar assistência inadiável e imprescindível a filhos, em caso

de doença ou acidente, medicamente certificadas, nos seguintes termos:

a) Menor de 12 anos ou, independentemente da idade, no caso de filho com deficiência ou doença crónica, um período máximo de 30 dias, seguidos ou interpolados, em cada ano civil ou durante todo o período de eventual hospitalização;
b) Maior de 12 anos, um período máximo de 15 dias, seguidos ou interpolados, em cada ano civil.

2 — Aos períodos referidos no número anterior acresce um dia por cada filho além do primeiro.
3 — A concessão do subsídio para assistência a filho depende de o outro progenitor ter actividade profissional, não exercer o direito ao respectivo subsídio pelo mesmo motivo ou estar impossibilitado de prestar a assistência e, ainda, no caso de filho maior, este se integrar no agregado familiar do beneficiário.
4 — Relevam para o cômputo dos períodos máximos de concessão do subsídio para assistência a filho os períodos de concessão do subsídio para assistência a netos, nos termos da alínea *b*) do n.º 1 do artigo 21.º

Artigo 20.º

Subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica

1 — O subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica, concedido nas situações de impedimento para o exercício de actividade laboral determinadas pela necessidade de prestar assistência a filho com deficiência ou doença crónica é concedido por período até seis meses, prorrogável até ao limite de quatro anos.
2 — A concessão do subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica depende de:

a) O filho viver em comunhão de mesa e habitação com o beneficiário;
b) O outro progenitor ter actividade profissional e não exercer o direito ao respectivo subsídio pelo mesmo motivo ou estar impossibilitado de prestar a assistência.

Artigo 21.º

Subsídio para assistência a neto

1 — O subsídio para assistência a neto concretiza-se nas seguintes modalidades de prestações garantidas durante o período de impedimento para o exercício de actividade laboral:

a) Subsídio para assistência em caso de nascimento de neto, correspondente a um período até 30 dias consecutivos após o nascimento de neto que resida com o beneficiário em comunhão de mesa e habitação e seja filho de adolescente menor de 16 anos;
b) Subsídio para assistência a neto menor ou, independentemente da idade, com deficiência ou doença crónica, pelo período correspondente aos dias de faltas remanescentes não gozados pelos progenitores, nos termos previstos no artigo 19.º, com as devidas adaptações.

2 — A concessão do subsídio para assistência em caso de nascimento de neto depende de declaração dos beneficiários dos períodos a gozar ou gozados pelos avós, de modo exclusivo ou partilhado.
3 — O subsídio para assistência em caso de nascimento de neto, nas situações em que não é partilhado pelos avós, é concedido desde que o outro avô exerça actividade profissional, esteja impossibilitado de prestar assistência e não tenha requerido o correspondente subsídio.
4 — O subsídio para assistência a neto é concedido desde que os progenitores exerçam actividade profissional, estejam impossibilitados de prestar a assistência e não exerçam o direito ao respectivo subsídio pelo mesmo motivo, e, ainda, que nenhum outro familiar do mesmo grau falte pelo mesmo motivo.

SUBSECÇÃO III

Registo de remunerações por equivalência

Artigo 22.º

Registo de remunerações por equivalência à entrada de contribuições

1 — O reconhecimento do direito aos subsídios previstos neste capítulo dá lugar ao registo de remunerações por equivalência à entrada de contribuições durante o respectivo período de concessão, sendo considerado como trabalho efectivamente prestado.
2 — Durante os períodos de trabalho a tempo parcial de trabalhador com responsabilidades familiares, nos termos previstos no artigo 55.º do Código do Trabalho, há lugar a registo adicional de remunerações por equivalência à entrada de contribuições por valor igual ao das remunerações registadas a título de trabalho a tempo parcial efectivamente prestado, com o limite do valor da remuneração média registada a título de trabalho a tempo completo, mediante comunicação do facto, por parte do trabalhador, à instituição de segurança social que o abranja, nos termos a regulamentar em legislação própria.
3 — Os períodos de licença para assistência a filho, previstos no artigo 52.º do Código do Trabalho, são tomados em consideração para a taxa de formação no cálculo das pensões de invalidez e velhice do regime geral de segurança social, mediante comunicação do facto, por parte do trabalhador, à instituição de segurança social que o abranja.

SECÇÃO II

Condições de atribuição

Artigo 23.º

Disposição geral

1 — O reconhecimento do direito aos subsídios previstos no presente capítulo depende do cumprimento das condições de atribuição à data do facto determinante da protecção.
2 — Considera-se como data do facto determinante da protecção o 1.º dia de impedimento para o trabalho.

Artigo 24.º

Condições comuns

1 — Constituem condições comuns do reconhecimento do direito:

a) O gozo das respectivas licenças, faltas e dispensas não retribuídas nos termos do Código do Trabalho ou de períodos equivalentes;
b) O cumprimento do prazo de garantia.

2 — Para efeitos do disposto na alínea *a*) do número anterior consideram-se equivalentes os períodos em que não se verifique o gozo das licenças, faltas ou dispensas atentas as características específicas do exercício de actividade profissional, designadamente no caso de actividade independente, ou pela sua inexistência, nas situações de desemprego subsidiado.

3 — A opção pelo subsídio parental inicial por 150 dias prevista no n.º 1 do artigo 12.º bem como o disposto nas disposições constantes nos n.ºs 2 e 3 do mesmo artigo, no artigo 14.º, na alínea *b*) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 15.º e no artigo 16.º apenas são aplicáveis em situação de nado vivo.

Artigo 25.º

Prazo de garantia

1 — O prazo de garantia para atribuição dos subsídios previstos no presente capítulo é de seis meses civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações, à data do facto determinante da protecção.

2 — Para efeitos do número anterior releva, se necessário, o mês em que ocorre o evento desde que no mesmo se verifique registo de remunerações.

3 — Na ausência de registo de remunerações durante seis meses consecutivos, a contagem do prazo de garantia tem início a partir da data em que ocorra um novo registo de remunerações.

Artigo 26.º

Totalização de períodos contributivos

Para efeitos de cumprimento do prazo de garantia para atribuição dos subsídios previstos no presente capítulo são considerados, desde que não se sobreponham, os períodos de registo de remunerações em quaisquer regimes obrigatórios de protecção social, nacionais ou estrangeiros, que assegurem prestações pecuniárias de protecção na eventualidade, incluindo o da função pública.

SECÇÃO III

Montantes dos subsídios

Artigo 27.º

Determinação dos montantes dos subsídios

O montante diário dos subsídios previstos no presente capítulo é calculado pela aplicação de uma percentagem ao valor da remuneração de referência do beneficiário.

Artigo 28.º

Remuneração de referência

1 — A remuneração de referência a considerar é definida por $R/180$, em que R representa o total das remunerações registadas nos primeiros seis meses civis que precedem o segundo mês anterior ao da data do facto determinante da protecção.

2 — Nas situações em que se verifique a totalização de períodos contributivos, se os beneficiários não apresentarem no período de referência previsto no número anterior seis meses com registo de remunerações, a remuneração de referência é definida por $R/(30 \times n)$, em que R representa o total das remunerações registadas desde o início do período de referência até ao início do mês em que se verifique o facto determinante da protecção e n o número de meses a que as mesmas se reportam.

3 — Na determinação do total de remunerações registadas são consideradas as importâncias relativas aos subsídios de férias, de Natal ou outros de natureza análoga.

Artigo 29.º

Montante dos subsídios por risco clínico durante a gravidez e por interrupção da gravidez

O montante diário dos subsídios por risco clínico durante a gravidez e por interrupção da gravidez é igual a 100 % da remuneração de referência da beneficiária.

Artigo 30.º

Montante do subsídio parental inicial

O montante diário do subsídio parental inicial é o seguinte:

a) No período correspondente à licença de 120 dias, o montante diário é igual a 100 % da remuneração de referência do beneficiário;

b) No caso de opção pelo período de licença de 150 dias, o montante diário é igual a 80 % da remuneração de referência do beneficiário;

c) No caso de opção pelo período de licença de 150 dias nas situações em que cada um dos progenitores goze pelo menos 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias igualmente consecutivos, o montante diário é igual a 100 % da remuneração de referência do beneficiário;

d) No caso de opção pelo período de licença de 180 dias, nas situações em que cada um dos progenitores goze pelo menos 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias igualmente consecutivos, o montante diário é igual a 83 % da remuneração de referência do beneficiário.

Artigo 31.º

Montante do subsídio parental exclusivo do pai

O montante diário do subsídio parental exclusivo do pai é igual a 100 % da remuneração de referência do beneficiário.

Artigo 32.º

Montante do acréscimo ao valor dos subsídios por nascimentos múltiplos

O montante diário dos subsídios devido nos períodos de acréscimo à licença parental inicial pelo nascimento de gémeos é igual a 100 % da remuneração de referência do beneficiário.

Artigo 33.º

Montante do subsídio parental alargado

O montante diário do subsídio parental alargado é igual a 25 % da remuneração de referência do beneficiário.

Artigo 34.º

Montante do subsídio por adopção

O montante diário do subsídio por adopção é igual ao previsto em cada uma das alíneas do artigo 30.º, consoante a modalidade a que corresponda, e no artigo 32.º em caso de adopções múltiplas.

Artigo 35.º

Montante dos subsídios por riscos específicos e para assistência a filho

O montante diário dos subsídios por riscos específicos e para assistência a filho é igual a 65 % da remuneração de referência do beneficiário.

Artigo 36.º

Montante do subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica

O montante diário do subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica é igual a 65 % da remuneração de referência do beneficiário, tendo como limite máximo mensal o valor correspondente a duas vezes o indexante dos apoios sociais (IAS).

Artigo 37.º

Montante do subsídio para assistência a neto

O montante diário do subsídio para assistência a neto é, consoante a modalidade, o seguinte:

a) No caso de subsídio para assistência em caso de nascimento de neto, igual a 100 % da remuneração de referência do beneficiário;

b) No caso de subsídio para assistência a neto, igual a 65 % da remuneração de referência do beneficiário.

Artigo 38.º

Montante mínimo

1 — O montante diário mínimo dos subsídios previstos no presente capítulo não pode ser inferior a 80 % de um 30 avos do valor do IAS, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2 — O montante diário mínimo do subsídio parental alargado não pode ser inferior a 40 % de um 30 avos do valor do IAS.

SECÇÃO IV

Duração e acumulação dos subsídios

SUBSECÇÃO I

Início e duração dos subsídios

Artigo 39.º

Início dos subsídios

Os subsídios previstos no presente capítulo têm início no 1.º dia de impedimento para o trabalho a que não corresponda retribuição.

Artigo 40.º

Período de concessão

Os subsídios previstos no presente capítulo são concedidos:

a) Durante os períodos de duração das faltas, licenças ou dispensas previstas no Código do Trabalho;

b) Durante o período de impedimento para o trabalho no caso de exercício de actividade independente ou de enquadramento no regime do seguro social voluntário;

c) Durante o período de concessão das prestações de desemprego, nos termos do artigo 8.º

Artigo 41.º

Suspensão do período de concessão dos subsídios

1 — Em caso de doença de beneficiário que esteja a receber subsídios parental, parental alargado, por adopção, para assistência a filho com deficiência ou doença crónica, a prestação é suspensa, mediante comunicação do interessado à instituição de segurança social competente e apresentação de certificação médica.

2 — Em caso de internamento hospitalar do progenitor ou da criança, a concessão do subsídio parental inicial é suspensa, mediante comunicação do interessado e certificação do hospital.

SUBSECÇÃO II

Acumulação dos subsídios

Artigo 42.º

Inacumulabilidade com rendimentos de trabalho

Os subsídios previstos no presente capítulo não são acumuláveis com rendimentos de trabalho.

Artigo 43.º

Inacumulabilidade com prestações

1 — Os subsídios previstos no presente capítulo não são acumuláveis com prestações emergentes do mesmo facto desde que respeitantes ao mesmo interesse protegido, ainda que atribuídas por outros regimes de protecção social.

2 — Os subsídios previstos no presente capítulo não são acumuláveis com outras prestações compensatórias da perda de retribuição, excepto com pensões de invalidez, velhice e sobrevivência concedidas no âmbito do sistema previdencial ou de outros regimes obrigatórios de protecção social.

3 — Os subsídios previstos no presente capítulo não são acumuláveis com prestações concedidas no âmbito do subsistema de solidariedade, excepto com o rendimento social de inserção e com o complemento solidário para idosos.

4 — Para efeitos do disposto nos números anteriores são tomadas em consideração prestações concedidas por sistemas de segurança social estrangeiros, sem prejuízo do disposto em instrumentos internacionais aplicáveis.

Artigo 44.º

Acumulação com indemnizações e pensões por riscos profissionais

Os subsídios previstos no presente capítulo são acumuláveis com indemnizações e pensões por doença profissional ou por acidente de trabalho.

CAPÍTULO III

Protecção no âmbito do subsistema de solidariedade

SECÇÃO I

Âmbito e caracterização dos subsídios sociais

SUBSECÇÃO I

Âmbito pessoal e material

Artigo 45.º

Âmbito pessoal

1 — A protecção regulada no presente capítulo abrange os cidadãos nacionais e os cidadãos estrangeiros, refugiados e apátridas não abrangidos por qualquer regime de protecção social de enquadramento obrigatório.

2 — A protecção regulada no presente capítulo abrange, ainda, as pessoas referidas no número anterior abrangidas por regime de protecção social de enquadramento obrigatório ou pelo seguro social voluntário cujo esquema de protecção integre a eventualidade, sem direito às correspondentes prestações.

Artigo 46.º

Âmbito material

A protecção regulada no presente capítulo concretiza-se na concessão dos seguintes subsídios:

a) Subsídio social por risco clínico durante a gravidez;
b) Subsídio social por interrupção da gravidez;
c) Subsídio social parental;
d) Subsídio social por adopção;
e) Subsídio social por riscos específicos.

Artigo 47.º

Articulação com o regime de protecção social no desemprego

1 — A protecção dos beneficiários que estejam a receber prestações de desemprego concretiza-se na concessão dos seguintes subsídios:

a) Subsídio social parental;
b) Subsídio social por adopção.

2 — À protecção referida no número anterior é aplicável o disposto no n.º 2 do artigo 8.º

Artigo 48.º

Subsídio social parental

O subsídio social parental compreende as seguintes modalidades:

a) Subsídio social parental inicial;
b) Subsídio social parental inicial exclusivo da mãe;
c) Subsídio social parental inicial a gozar por um progenitor em caso de impossibilidade do outro;
d) Subsídio social parental inicial exclusivo do pai.

SUBSECÇÃO II

Caracterização dos subsídios sociais

Artigo 49.º

Caracterização dos subsídios sociais

Os subsídios sociais previstos no presente capítulo estão subordinados à caracterização dos correspondentes subsídios atribuídos no âmbito do sistema previdencial, com as devidas adaptações.

SECÇÃO II

Condições de atribuição

Artigo 50.º

Disposição geral

1 — O reconhecimento do direito aos subsídios sociais previstos no presente capítulo depende do cumprimento das condições de atribuição à data do facto determinante da protecção.

2 — Entendem-se por factos determinantes da protecção o parto, a ocorrência de risco clínico durante a gravidez, a interrupção da gravidez, o risco específico e a confiança judicial ou administrativa com vista à adopção nos termos da legislação aplicável.

Artigo 51.º

Condições comuns

Constituem condições comuns de atribuição dos subsídios sociais previstos no presente capítulo:

a) A residência em território nacional;
b) O preenchimento de condição de recursos.

Artigo 52.º

Condição de residência em território nacional

1 — Para efeito de verificação da condição prevista na alínea *a*) do artigo anterior e sem em prejuízo do estabelecido em instrumento internacional a que Portugal se encontre vinculado ou de legislação especial aplicável, é considerado residente o cidadão nacional que possua domicílio habitual em território nacional, bem como o cidadão estrangeiro, refugiado ou apátrida habilitado com título válido de autorização de residência em território nacional ou em situação equiparada nos termos do número seguinte.

2 — Consideram-se equiparados a residentes os refugiados e apátridas portadores de títulos de protecção temporária válidos, bem como os estrangeiros portadores de títulos válidos de autorização de residência ou de prorrogação de permanência, nos termos e condições a definir em portaria conjunta dos ministros responsáveis pelas áreas da administração interna e do trabalho e da solidariedade social.

Artigo 53.º

Condição de recursos

1 — A condição de recursos prevista na alínea *b*) do artigo 51.º é definida em função dos rendimentos mensais *per capita* do agregado familiar que não podem ultrapassar 80 % do IAS.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, são considerados os seguintes rendimentos:

a) Os valores ilíquidos provenientes do trabalho por conta de outrem e ou o rendimento anual relevante para efeitos prestacionais dos trabalhadores independentes definido no Decreto-Lei n.º 245/2008, de 18 de Dezembro;
b) Os valores das pensões e outras prestações substitutivas de rendimentos de trabalho, incluindo prestações complementares das concedidas pelos regimes de segurança social, sem prejuízo do disposto no número seguinte;
c) Os valores ilíquidos de rendimento de capital ou de outros proventos regulares;
d) Os valores das pensões de alimentos judicialmente fixadas a favor do requerente da prestação.

3 — O valor das prestações de desemprego, a suspender nas situações de reconhecimento de direito aos subsídios sociais, não releva para efeitos de apuramento da condição de recursos.

Artigo 54.º

Agregado familiar

1 — Para além do titular do direito às prestações, integram o respectivo agregado familiar as seguintes pessoas que com ele vivam em economia familiar, sem prejuízo do disposto nos números seguintes:

a) Cônjuge ou pessoa em união de facto há mais de dois anos;
b) Parentes e afins, em linha recta e em linha colateral, até ao 2.º grau, decorrentes de relações de direito ou de facto;
c) Adoptantes e adoptados;
d) Tutores e tutelados;
e) Crianças e jovens confiados por decisão judicial ou administrativa de entidades ou serviços legalmente competentes para o efeito a qualquer dos elementos do agregado familiar.

2 — Consideram-se em economia familiar as pessoas que vivam em comunhão de mesa e habitação e tenham estabelecido entre si uma vivência comum de entreajuda e partilha de recursos, sem prejuízo do disposto no número seguinte.
3 — A condição de vivência em comunhão de mesa e habitação pode ser dispensada por razões devidamente justificadas.
4 — Os adoptantes restritamente e os tutores do titular do direito às prestações, bem como as pessoas a quem estes sejam confiados por decisão judicial ou administrativa, são equiparados a ascendentes do 1.º grau, para efeitos do disposto no n.º 1.
5 — A situação pessoal e familiar dos membros do agregado familiar relevante para efeitos do disposto no presente decreto-lei é aquela que se verificar à data em que se efectua a declaração da respectiva composição.
6 — As pessoas referidas no número anterior não podem, simultaneamente, fazer parte de agregados familiares distintos, por referência ao mesmo titular do direito a prestações.
7 — As relações de parentesco resultantes de situação de união de facto apenas são consideradas se o forem, igualmente, para efeitos do imposto sobre rendimentos das pessoas singulares (IRS), no âmbito da legislação fiscal.
8 — Não são considerados como elementos do agregado familiar as pessoas que se encontrem em qualquer das seguintes situações:

a) Quando exista vínculo contratual entre as pessoas, designadamente sublocação e hospedagem que implique residência ou habitação comum;
b) Quando exista a obrigação de convivência por prestação de actividade laboral para com alguma das pessoas do agregado familiar;
c) Sempre que a economia familiar esteja relacionada com a prossecução de finalidades transitórias;
d) Quando exerça coacção física ou psicológica ou outra conduta atentatória da autodeterminação individual relativamente a alguma das pessoas inseridas no agregado familiar.

Artigo 55.º

Condição específica dos subsídios sociais por risco clínico em caso de gravidez, por interrupção da gravidez e por riscos específicos

A concessão dos subsídios sociais por risco clínico em caso de gravidez, por interrupção da gravidez e por riscos específicos depende, ainda, do exercício de actividade profissional determinante de enquadramento obrigatório em regime de segurança social ou no seguro social voluntário.

SECÇÃO III

Montantes dos subsídios sociais

Artigo 56.º

Montante dos subsídios sociais por risco clínico em caso de gravidez, por interrupção da gravidez e por riscos específicos

O montante diário dos subsídios sociais por risco clínico em caso de gravidez, por interrupção da gravidez e por riscos específicos é igual a 80 % de um 30 avos do valor do IAS.

Artigo 57.º

Montante do subsídio social parental inicial

O montante diário do subsídio social parental inicial é o seguinte:

a) No período de 120 dias, o montante diário é igual a 80 % de um 30 avos do valor do IAS;
b) No caso de opção pelo período de 150 dias, o montante diário é igual a 64 % de um 30 avos do valor do IAS;
c) No caso de opção pelo período de 150 dias nas situações em que cada um dos progenitores goze pelo menos 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias igualmente consecutivos, o montante diário é igual a 80 % de um 30 avos do valor IAS;
d) No caso de opção pelo período de 180 dias, nas situações em que cada um dos progenitores goze pelo menos 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias igualmente consecutivos, o montante diário é igual a 66 % de um 30 avos do valor do IAS.

Artigo 58.º

Montante do subsídio social parental inicial exclusivo do pai

O montante diário do subsídio parental inicial exclusivo do pai é igual a 80 % de um 30 avos do valor do IAS.

Artigo 59.º

Montante do acréscimo ao valor dos subsídios por nascimentos múltiplos

O montante diário dos subsídios devidos nos períodos de acréscimo à licença parental inicial pelo nascimento de gémeos é igual a 80 % de um 30 avos do valor do IAS.

Artigo 60.º

Montante do subsídio social por adopção

O montante diário do subsídio social por adopção é igual ao que resulta do fixado em cada uma das alíneas do artigo 57.º, consoante a modalidade a que corresponda, e ao valor fixado no artigo anterior no caso de adopções múltiplas.

SECÇÃO IV

Duração e acumulação dos subsídios sociais

SUBSECÇÃO I

Início e duração dos subsídios sociais

Artigo 61.º

Período de concessão

1 — O período de concessão dos subsídios sociais é igual ao fixado para os correspondentes subsídios no âmbito do sistema previdencial.

2 — Os subsídios sociais são devidos a partir do dia em que ocorre o facto determinante da protecção definido no n.º 2 do artigo 50.º

SUBSECÇÃO II

Acumulação dos subsídios sociais

Artigo 62.º

Inacumulabilidade com prestações

1 — Os subsídios sociais não são acumuláveis com prestações compensatórias de perda de retribuição de trabalho, excepto com pensões de sobrevivência, auferidas pelo titular no âmbito do sistema previdencial ou de outros regimes obrigatórios de protecção social.

2 — Os subsídios sociais não são acumuláveis com outras prestações concedidas no âmbito do subsistema de solidariedade, excepto com o rendimento social de inserção e com o complemento solidário para idosos.

CAPÍTULO IV

Deveres dos beneficiários

Artigo 63.º

Deveres dos titulares do direito aos subsídios

1 — Constitui dever dos beneficiários a comunicação, às instituições gestoras, dos factos determinantes da cessação do direito aos subsídios, relativamente às situações previstas na alínea *a*) do n.º 1 do artigo 24.º, no artigo 51.º e nas alíneas *a*) e *b*) do n.º 1 do artigo 78.º, no prazo de cinco dias úteis subsequentes à data da verificação dos mesmos.

2 — O incumprimento dos deveres previstos no número anterior, por acção ou omissão, bem como a utilização de qualquer meio fraudulento de que resulte a concessão indevida dos subsídios, determinam a sua restituição nos termos da legislação aplicável.

CAPÍTULO V

Disposições complementares

SECÇÃO I

Regime sancionatório

Artigo 64.º

Regime sancionatório

1 — Constitui contra-ordenação punível com coima de € 100 a € 700 o incumprimento, por acção ou omissão, do dever de comunicação às instituições gestoras dos factos determinantes da cessação do direito aos subsídios, relativamente às situações previstas na alínea *a*) do n.º 1 do artigo 24.º, no artigo 51.º e nas alíneas *a*) e *b*) do n.º 1 do artigo 78.º, no prazo de cinco dias úteis subsequentes à data da verificação dos mesmos, bem como a utilização de qualquer meio fraudulento de que resulte a concessão indevida dos subsídios.

2 — Em tudo o que não esteja especialmente previsto no presente decreto-lei é aplicável o disposto no Decreto-Lei n.º 64/89, de 25 de Fevereiro.

SECÇÃO II

Gestão e organização dos processos

Artigo 65.º

Entidades competentes

A gestão dos subsídios previstos no presente decreto-lei compete, no âmbito das respectivas atribuições:

a) Ao Instituto da Segurança Social, I. P., através dos centros distritais da área de residência dos beneficiários;

b) Às caixas de actividade ou de empresa subsistentes;

c) Aos órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas.

Artigo 66.º

Requerimento e prazo

1 — A atribuição dos subsídios previstos neste decreto-lei depende da apresentação de requerimento, em formulário de modelo próprio, junto das entidades competentes ou *online*, no sítio da Internet da segurança social, através do serviço segurança social directa, caso a entidade competente seja o Instituto da Segurança Social, I. P., ou os órgãos competentes das administrações das Regiões Autónomas.

2 — O requerimento deve ser apresentado no prazo de seis meses a contar da data da ocorrência do facto determinante da protecção.

3 — A entrega do requerimento fora do prazo previsto no número anterior nos casos em que a mesma seja efectuada durante o período legal de concessão dos subsídios determina a redução no período de concessão pelo período de tempo respeitante ao atraso verificado.

4 — O requerimento é subscrito pelos titulares do direito, ou, em seu nome, pelos respectivos representantes legais.

5 — Consideram-se válidos para a atribuição dos subsídios sociais previstos no capítulo III os requerimentos dos correspondentes subsídios previstos no capítulo II que tenham sido indeferidos.

Artigo 67.º

Dispensa de requerimento

1 — A apresentação do requerimento é dispensada nas situações em que a certificação médica seja emitida pelos estabelecimentos ou serviços de saúde competentes do Serviço Nacional de Saúde através de formulário próprio para efeitos de atribuição dos seguintes subsídios:

a) Subsídio por risco clínico durante a gravidez;
b) Subsídio por interrupção da gravidez;
c) Subsídio para assistência a filho;
d) Subsídio para assistência a neto, na modalidade prevista na alínea *b*) do artigo 21.º

2 — O disposto no número anterior é aplicável aos correspondentes subsídios sociais concedidos no âmbito do subsistema de solidariedade.

3 — Para efeitos do n.º 1, consideram-se serviços competentes as entidades prestadoras de cuidados de saúde, designadamente centros de saúde e hospitais, com excepção dos serviços de urgência.

SECÇÃO III

Instrução do processo

Artigo 68.º

Meios de prova

1 — Os factos determinantes da atribuição dos subsídios, bem como os períodos de impedimento para o trabalho, são declarados no requerimento, o qual, consoante os casos, é acompanhado dos documentos de identificação civil e ou da certificação médica, nas situações em que esta não seja emitida pelos estabelecimentos ou serviços de saúde competentes nos termos dos n.os 1 e 3 do artigo anterior e, ainda, de outros documentos comprovativos previstos no presente decreto-lei.

2 — Nas situações em que o requerimento seja apresentado *online*, os meios de prova que o instruem podem ser apresentados pela mesma via desde que correctamente digitalizados e integralmente apreensíveis.

3 — Os beneficiários têm o dever de conservar os originais dos meios de prova, pelo prazo de cinco anos, bem como o dever de os apresentar sempre que solicitados pelos serviços competentes.

Artigo 69.º

Dispensa de apresentação de meios de prova

1 — É dispensada a apresentação dos meios de prova que instruem o requerimento sempre que as entidades gestoras possam, com base nos elementos constantes do requerimento e da certificação médica ou hospitalar, comprovar oficiosamente os requisitos de atribuição dos subsídios.

2 — Os requerentes podem ser dispensados da apresentação dos elementos exigíveis caso esteja salvaguardado o acesso à informação em causa por parte da segurança social, designadamente por efeito de processos de interconexão de dados com outros organismos da Administração Pública.

Artigo 70.º

Meios de prova do subsídio por risco clínico durante a gravidez e por interrupção da gravidez

A atribuição dos subsídios por risco clínico durante a gravidez e por interrupção da gravidez depende da apresentação de certificação médica que indique o período de impedimento.

Artigo 71.º

Meios de prova do subsídio parental inicial, parental inicial exclusivo do pai e do subsídio para assistência em caso de nascimento de neto

A atribuição dos subsídios parentais iniciais e do subsídio para assistência em caso de nascimento de neto depende da apresentação de declaração do médico do estabelecimento ou serviço de saúde comprovativa do parto ou de documento de identificação civil do descendente.

Artigo 72.º

Meios de prova do subsídio parental inicial por impossibilidade do outro progenitor

A atribuição do subsídio parental inicial por impossibilidade do outro progenitor depende da apresentação de certificação médica da incapacidade física ou psíquica do outro progenitor ou de certidão de óbito.

Artigo 73.º

Meios de prova do subsídio por adopção

1 — A atribuição do subsídio por adopção depende da apresentação da declaração da confiança administrativa ou judicial do menor adoptado.

2 — Nas situações a que se refere o n.º 2 do artigo 17.º são exigidos os meios de prova previstos no artigo anterior.

Artigo 74.º

Meios de prova do subsídio por riscos específicos

A atribuição do subsídio por riscos específicos depende da apresentação dos seguintes elementos:

a) Declaração do empregador da impossibilidade de atribuição de outras tarefas à beneficiária grávida, puérpera ou lactante que desempenhe trabalho nocturno ou esteja exposta a agentes ou processos ou condições de trabalho que constituam risco;

b) No caso dos trabalhadores independentes e abrangidos pelo seguro social voluntário a comprovação de

desempenho de trabalho nocturno ou de exposição a agente ou processos ou condições de trabalho que constituam risco é efectuada por médico do trabalho ou por instituição ou serviço integrado no Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 75.º

Meios de prova do subsídio para assistência a filho

1 — A atribuição do subsídio para assistência a filho depende da apresentação de certificação médica ou declaração hospitalar.

2 — A certificação médica de deficiência, na situação de filho com deficiência com 12 ou mais anos de idade, é dispensada no caso de estar a ser atribuída uma prestação por deficiência.

3 — A certificação médica de doença crónica, na situação de filho com doença crónica com 12 ou mais anos de idade, apenas é exigível aquando da apresentação do primeiro requerimento.

Artigo 76.º

Meios de prova do subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica

1 — A atribuição do subsídio para assistência a filho com deficiência ou doença crónica depende de apresentação da certificação médica que comprove a necessidade de assistência.

2 — É aplicável à concessão deste subsídio o disposto nos n.os 2 e 3 do artigo anterior.

3 — A prorrogação da concessão do subsídio depende de comunicação do beneficiário de que a licença para assistência a filho com deficiência ou doença crónica se mantém, no prazo de 10 dias úteis antes do termo do período de concessão.

Artigo 77.º

Meios de prova do subsídio para assistência a neto

A atribuição do subsídio para assistência a neto depende de apresentação de certificação médica com indicação dos períodos de impedimento para o trabalho necessários para garantir a assistência inadiável e imprescindível ao neto.

Artigo 78.º

Meios de prova dos subsídios sociais

1 — Para além dos meios de prova exigidos para os correspondentes subsídios do sistema previdencial a atribuição dos subsídios sociais depende, ainda, dos seguintes elementos obtidos oficiosamente:

a) Composição do agregado familiar e respectivos rendimentos;

b) Comprovação de residência em território nacional.

2 — Na impossibilidade de obtenção oficiosa dos elementos referidos no número anterior os serviços competentes notificam os beneficiários para efectuarem a respectiva apresentação.

Artigo 79.º

Articulações

1 — As instituições gestoras das prestações devem promover a articulação com as entidades e serviços com competência para comprovar os requisitos de que depende a atribuição e manutenção dos subsídios, com vista a assegurar o correcto enquadramento das situações a proteger.

2 — Para os efeitos referidos no número anterior, a comprovação pode ser efectuada por troca de informação, designadamente através da utilização de suporte electrónico.

Artigo 80.º

Comunicação da atribuição dos subsídios

As instituições gestoras devem comunicar aos titulares do direito as decisões sobre a atribuição dos subsídios de acordo com o disposto no Código do Procedimento Administrativo.

SECÇÃO IV

Pagamento dos subsídios

Artigo 81.º

Disposição geral

1 — Os subsídios previstos no presente decreto-lei são pagos mensalmente aos titulares do direito ou aos seus representantes legais, salvo se, pela especificidade da sua duração, se justificar o pagamento de uma só vez.

2 — O pagamento do acréscimo devido por nascimento de gémeos e por adopções múltiplas é reportado aos últimos dias do período de concessão do respectivo subsídio.

Artigo 82.º

Prescrição

O direito aos subsídios previstos neste decreto-lei prescreve a favor das instituições gestoras devedoras no prazo de cinco anos contados a partir da data em que a prestação é posta a pagamento com conhecimento do credor.

CAPÍTULO VI

Disposições transitórias e finais

Artigo 83.º

Regime subsidiário

Com excepção do disposto no artigo 22.º em tudo o que não esteja especialmente previsto no capítulo III são aplicáveis, com as devidas adaptações, as disposições constantes do capítulo II.

Artigo 84.º

Execução

1 — Os procedimentos que venham a ser considerados necessários à execução do disposto no presente decreto-lei são aprovados por portaria do ministro responsável pela área do trabalho e da solidariedade social.

2 — Os modelos de formulários de requerimento e de declarações são aprovados por portaria do ministro responsável pela área do trabalho e da solidariedade social.

3 — O modelo de formulário de certificação médica a emitir pelos estabelecimentos ou serviços de saúde é aprovado por portaria conjunta dos ministros responsáveis pelas áreas do trabalho e da solidariedade social e da saúde.

Artigo 85.º

Norma revogatória

O presente decreto-lei revoga:

a) O Decreto-Lei n.º 154/88, de 29 de Abril, alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 333/95, de 23 de Dezembro, 347/98, de 9 de Novembro, 77/2000, de 9 de Maio, e 77/2005, de 13 de Abril;

b) O Decreto-Lei n.º 105/2008, de 25 de Junho;

c) As disposições do Decreto-Lei n.º 40/89, de 1 de Fevereiro, que disponham sobre a mesma matéria no âmbito do presente decreto-lei.

Artigo 86.º

Disposição transitória

1 — Enquanto não for publicada a portaria prevista no n.º 3 do artigo 84.º, a concessão dos subsídios por risco clínico e interrupção da gravidez está sujeita a apresentação de requerimento e certificação médica comprovativa do período do impedimento.

2 — Mantêm-se transitoriamente em vigor os n.ºs 2 e 3 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 154/88, de 29 de Abril, e suas alterações, enquanto não for publicado o regime jurídico de protecção social próprio dos profissionais de espectáculos.

Artigo 87.º

Produção de efeitos

1 — A atribuição dos subsídios previstos nas alíneas *c*) do artigo 7.º, nas modalidades correspondentes às alíneas *a*) a *c*) do artigo 11.º, e *e*) do mesmo artigo 7.º, em conformidade com o disposto no presente decreto-lei, é aplicável às situações em que estejam a ser atribuídos os correspondentes subsídios de maternidade, paternidade e adopção ao abrigo da legislação revogada, desde que, no prazo de 30 dias contados a partir do início de vigência deste decreto-lei, seja efectuada a declaração dos períodos a gozar em conformidade com as condições previstas.

2 — O disposto no número anterior é aplicável, com as devidas adaptações, aos subsídios sociais previstos na alínea *c*) do artigo 46.º, nas modalidades correspondentes às alíneas *a*) a *c*) do artigo 48.º, e na alínea *d*) do mesmo artigo 46.º

3 — Para efeitos de delimitação dos períodos de concessão são tidos em consideração os períodos já subsidiados.

4 — A atribuição do subsídio parental inicial exclusivo do pai pelo período a que se refere a alínea *a*) do n.º 1 do artigo 15.º e do subsídio social parental inicial exclusivo do pai, por período correspondente, apenas é aplicável nas situações em que o facto determinante do direito ocorra na vigência do presente decreto lei.

Artigo 88.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 12 de Fevereiro de 2009. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa — Emanuel Augusto dos Santos — Alberto Bernardes Costa — José António Fonseca Vieira da Silva — Ana Maria Teodoro Jorge.*

Promulgado em 1 de Abril de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 3 de Abril de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa.*

Anexo 5- Textos de apoio

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA COMO SUPORTE SOCIAL NA SAÚDE

José Luís Pais Ribeiro
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Univ. Porto

Resumo: O suporte social é uma variável importante tanto para a existência de uma boa saúde como para a recuperação em caso de acidentes ou doenças. Uma questão importante que permanece em discussão é sobre o que há de social na trama complexa do domínio social em que a família constitui um dos componentes. Na presente investigação explora-se e discute-se a magnitude da contribuição das variáveis que podem ser incluídas no domínio social, com particular atenção para as que se referem à família. Os resultados apontam para um papel privilegiado das variáveis ligadas à família

Introdução

A partir da década de 70 a maneira de conceptualizar o sistema de saúde mudou, num movimento que ficou conhecido por "Segunda Revolução da Saúde" (Ribeiro, 1994). Uma perspectiva mais abrangente, a que Engel (1977), num texto clássico, chamou de biopsicossocial, passou a considerar, não só, uma relação mais complexa entre variáveis com influência na saúde da que era considerada até então (biológicas, sociais, psicológicas, ambientais, políticas, etc.), como também passou a considerar outro tipo de variáveis.
Uma destas variáveis é o suporte social. Esta é uma variável complexa que abrange desde aspectos relativamente objectivos tais como o número de vezes que visita pessoas conhecidas, até aspectos cognitivos tais como satisfação com o número ou o tipo de amigos que tem. A expressão "suporte social" aplica-se a uma grande variedade de situações e de tipos de suporte, nomeadamente informacional, emocional e material (Singer & Lord, 1984).
O presente artigo divide-se em duas partes: na primeira discute-se o conceito de suporte social e na segunda parte apresenta-se o resultado de uma investigação visando identificar aspectos do suporte social com mais impacto na saúde de jovens saudáveis.

Suporte social

Suporte social define-se, *grosso modo,* como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason *et al.*, 1983, p.127).
Dunst e Trivette (1990) explicam que o suporte social se refere aos recursos ao dispôr dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família) em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Singer e Lord (1984) esclarecem que o que é entendido por suporte social pode ser informacional, emocional ou material e, em termos de quem o fornece, pode ser pessoal ou interpessoal, fornecido por amigos, familiares, conhecidos. Este suporte pode, ainda, ser relativamente formal, fornecido por organizações e associações tais como grupos religiosos ou

organizações não governamentais de base comunitária, ou pode ser do tipo profissional em termos de consulta ou terapia. No âmbito específico da saúde e das doenças, Kessler e colaboradores explicam que suporte social se refere aos mecanismos pelos quais as relações interpessoais, presumivelmente, protegem os indivíduos dos efeitos deletérios do stress (Kessler *et al.*, 1985). Cobb (1976), num texto clássico, define suporte social como informação pertencente a uma de três classes: (i) informação que conduz o sujeito a acreditar que ele é amado e que as pessoas se preocupam com ele; (ii) informação que leva o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; (iii) informação que conduza o sujeito a acreditar que pertence a uma rede de comunicação e de obrigações mútuas. Esta variável é, portanto, muito abrangente, englobando um grande conjunto de componentes e aspectos ou dimensões, recorrendo a procedimentos de avaliação muito diversos.

O âmbito vasto do social é, hoje, aceite indiscutivelmente, como importante, tanto para a saúde como para as doenças, mas não é claro o que é que é social no social (Berkman, 1984; Bruhn & Philips, 1984; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen, 1988; Kaplan *et al.*, 1977; Taylor,1990): a investigação tanto se refere a aspectos objectivos do social, tais como número de amigos, frequência e intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais (contactos sociais mesmo que não seja com amigos), como a aspectos subjectivos tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação e da satisfação com a dimensão social da sua vida. Autores há que fazem a distinção entre suporte social psicológico e não-psicológico, o primeiro referindo-se ao fornecimento de informação e o segundo ao suporte social tangível (Cohen & McKay, 1984). Referir-se-ão, de seguida, vários aspectos do suporte social que podem ser úteis para compreender o enquadramento desta variável.

Suporte social formal e informal

Segundo Dunst e Trivette (1990), distinguem-se duas fontes de suporte social: informais e formais. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (clubes, igrejas, etc.) que são passíveis de fornecer apoio nas actividades do dia a dia, em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) e os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

Componentes e aspectos do suporte social

Tende a haver consenso geral que o domínio de suporte social é multidimensional e que aspectos, ou componentes, diferentes do suporte social têm impacto diferente nos indivíduos ou grupos. Dunst e Trivette (1990) sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados: componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais) componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte), componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência), e componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida). Hanson e colaboradores consideram o que chamam "conceitos" para descrever três aspectos: rede social, suporte social e influência social que incluem tanto ao nível da existência como da adequação (Hanson *et al.*, 1989). Estes aspectos recorrem a oito índices: ligações sociais, frequência de contactos, participação social, adequação da participação social, disponibilidade de suporte

material e informacional, disponibilidade de suporte emocional, adequação de suporte emocional adequação de influência social.

Dimensões do suporte social

Weiss (1974) propunha seis dimensões do suporte social: intimidade, integração social, suporte afectivo, mérito, aliança, e orientação. Dunst e Trivette (1990) apresentam as seguintes dimensões de suporte social que, consideram, se têm mostrado importantes para o bem-estar: (i) tamanho da rede social, abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social; (ii) existência de relações sociais, abrangendo das relações particulares tais como o casamento, às gerais como as que decorrem da pertença a grupos sociais tais como clubes; (iii) frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social tanto em grupo como face a face; (iv) necessidade de suporte, para designar a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo; (v) tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes; (vi) congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita; (vii) utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita; (viii) Dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita; (ix) reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido; (x) proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social; (xi) satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.

Tanto ao nível dos componentes como das dimensões encontramos variáveis tangíveis e relativamente objectivas, e variáveis perceptivas e relativamente subjectivas (percepção que o indivíduo tem dos aspectos tangíveis).

Alguns estudos sobre o suporte social

A investigação tem demonstrado que os aspectos, componentes ou dimensões do suporte social têm impacto diferente consoante o grupo etário. Olsen et al. (1991) verificaram que os elementos mais importantes no fornecimento de suporte social dependia do grupo etário, com o conjugue a exercer maior influência no grupo 30-49 anos, a família a exercer maior influência no caso de jovens e idosos. Vilhjalmsson (1994) verificou que nos adolescentes, a família (neste caso os pais) constituiam a principal fonte de suporte social. Constatações deste tipo sugerem que as estratégias de avaliação deveriam ser adaptadas consoante o grupo etário.

Os estudos que se têm debruçado sobre a relação entre suporte social e, quer a saúde, quer as doenças, caiem em quatro grandes categorias (Singer & Lord, 1984):

1- O suporte social protege contra as perturbações induzidas pelo *stress*. Podem considerar-se duas posições: uma forte e uma fraca. A primeira afirma que esta variável impede que o *stress* afecte negativamente o indivíduo enquanto a fraca afirma que, o *stress* afecta toda a gente mas que na existência de suporte social esse efeito é reduzido. Nesta perspectiva o suporte social é visto como mediador ou moderador do *stress*.

2- A não existência de suporte social é fonte de *stress*. Considera que a falta de suporte social é ela própria geradora de *stress*.

3- A perda de suporte social é um *stressor*. Considera que, quando existe suporte social e se o perde, o *stress* surge.

4- O suporte social é benéfico. É uma perspectiva, de certo modo, oposta às anteriores, no sentido em que considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência de fontes de *stress*.

A investigação científica tem demonstrado a existência de evidência acerca destas funções do suporte social, sendo clara a existência de relações estreitas entre suporte social e, quer a saúde, quer as doenças. Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde, realizada por Broadhead e colaboradores (1983), concluiu-se pela existência de forte correlação positiva entre as duas variáveis. Schwarzer e Leppin (1989) realizaram uma meta-análise com 55 estudos publicados entre 1976 e 1987 acerca da relação entre suporte social e saúde (perfaziam uma amostra total de 32.739 indivíduos). As correlações entre suporte social e má saúde (mortalidade incluída) variavam entre r=-0,60 e r=0,23. A meta-análise confirmou que a má saúde era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social, e que este estava mais associado à saúde nas mulheres do que nos homens. Verificaram que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

Kessler e colaboradores (1985) numa revisão de investigação concluem que os resultados sugerem que o suporte social pode proteger os indivíduos em risco de subsequentes perturbações mentais. Berkman e Syme (1979) com os resultados do Estudo Alameda mostram evidências fortes entre padrões de interacção social e níveis de suporte social, e longevidade e mortalidade. Outros estudos complementam essa relação, por exemplo, a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel no mal estar (Sarason *et al.*, 1985), o suporte social e as relações sociais têm um papel importante na sobrevivência de pessoas com cancro (Ell *et al.*, 1992), o papel do suporte social enquanto moderador do impacto das condições de trabalho e queixas somáticas (Ganster *et al.*, 1986) ou um efeito causal entre as redes sociais e o suporte social e a mortalidade (Hanson *et al.*, 1989). Wethingston e Kessler (1986) realizaram uma investigação, com uma amostra de 1.269 indivíduos, visando determinar se as variáveis de saúde estavam associadas com a percepção de suporte social ou com os aspectos objectivos do social, verificando que os resultados de saúde eram explicados melhor pela percepção de suporte social do que pelos aspectos tangíveis.

Avaliação do suporte social

A dimensão social é importante para a saúde, mas não é claro o impacto que as diversas maneiras de avaliar o social têm na saúde, nem a relação que há entre estas diversas medidas. As técnicas utilizadas para avaliar o suporte social reflectem a complexidade referida antes sobre a concepção de suporte social. Quer os aspectos ou componentes, quer as dimensões do suporte social têm sido dificilmente passados à prática em termos de avaliação. Existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, consideram os diversos aspectos componentes ou dimensões, mas nenhuma, só por si, resolveu o problemas de contemplar o suporte social na sua globalidade. Heitzmann e Kaplan (1988), numa revisão de técnicas de avaliação desta variável utilizadas no sistema de saúde, constataram que as propriedades psicométricas dos instrumentos revistos eram, na generalidade fracas, e que as técnicas avaliavam diferentes concepções de suporte social. Como concluem Sarason e Sarason (1984) "importante como parece, não há concordância acerca da maneira de avaliar o nível pessoal de suporte social" (p.288).

O social como variável dependente da saúde

Para além do suporte social enquanto variável independente de algo que temos vindo a intitular de "Saúde" ou de inúmeras doenças, o social pode, ainda, ser considerado uma variável dependente e avaliada como tal quando se considera e se avalia a saúde. Estudos clássicos como os de Berkman e Breslow (1983) ou o de Brook e colaboradores (1979) incluiram variáveis do domínio social tanto como variáveis dependentes como variáveis independentes quando avaliaram a saúde. Isto acrescenta um novo problema neste tipo de investigação, que é o de em

que campo (e quais) devemos incluir as variáveis sociais, se se devem considerar os aspectos, componentes ou domínios do social como variáveis dependentes da saúde ou como variáveis independentes

Recentemente Stewart (1993) para se referir às dimensões a integrar como variáveis dependentes na avaliação da saúde, considerando esta consoante a definição da Organização Mundial de Saúde, afirma: "poucos discordam acerca as dimensões de saúde físicas e mentais, mas é controverso se a saúde social é conceptualmente equivalente a estas duas dimensões" (p.12). Por exemplo, no *Medical Outcome Study* (Riesenberg & Glass, 1989), uma investigação com uma grande amostra destinada a avaliar os resultados de saúde, ou o impacto na saúde, das intervenções realizadas em contexto de saúde hospitalares, em que a dimensão "saúde" foi avaliada com o recurso a técnicas que são uma evolução do estudo de Brook e colaboradores (1979), são assumidas duas dimensões de saúde, saúde física e saúde mental, e os aspectos sociais são utilizados como indicadores destas duas dimensões (Stewart, 1993). Ou seja, os aspectos sociais continuam, hoje, a ser objecto de controvérsia, tanto no que diz respeito ao modo de os avaliar como, que aspectos sociais adoptar. Os instrumentos de avaliação que são utilizados nas investigações para avaliar as diferentes variáveis reflectem a panóplia de social que há no social.

Visando contribuir para esta discussão realizou-se um estudo em que se pretende responder às seguintes questões: (i) quais são as variáveis, das utilizadas para avaliar o domínio social, que explicam melhor os resultados do conjunto de variáveis utilizadas? (ii) como se agrupam as variáveis do domínio social? (iii) quais são as variáveis mais importantes na explicação dos resultados de saúde?

Material e métodos

Amostra

A amostra inclui 609 estudantes entre os 11° ano e final da Universidade, com idades entre os 15 e 30 anos (47% do sexo masculino), constituído por 93% de jovens (15-24 anos de idade) de nove escolas pertencentes à Universidade do Porto e três escolas do Ensino Secundário. Os indivíduos componentes da amostra, responderam a um questionário, anónimo, segundo uma metodologia *mail type*, com uma percentagem de retornos de 86% (para uma discussão e justificação da utilização desta metodologia em Psicologia ver Wethers et al., 1993; Baumgartner & Heberlein, 1984; Dillman, 1978).

Material

Os indivíduos responderam a um questionário que exigia, predominantemente, respostas tipo *likert*. Foram considerados quatro tipos de variáveis: variáveis de saúde, variáveis psicológicas, e variáveis ambientais.

Variáveis de saúde - foram avaliadas com recurso a uma adaptação do questionário desenvolvido pela *Rand Corporation* para o *Health Insurance Experiment* (Brook *et al.*, 1979), que estudo abrange os seguintes sub-grupos: saúde física; saúde mental; saúde social; percepção geral de saúde (cada um deles avaliado com uma escala própria), a que se acrescentou uma última categoria denominada Manifestações Físicas de Mal-Estar, avaliada com uma adaptação do *Psychosomatic Symptom Checklist* -SUNYA, (Attanasio *et al.*, 1984), numa versão adaptada para estudantes universitários (Cox *et al.*, 1975), a que foram acrescentados itens provenientes da escala de *Physical Simptoms* de Mechanic e Hansell (1987).

Variáveis psicológicas - são variáveis que focam o comportamento, atitudes e cognições sobre si próprio, a saber: comportamentos/atitudes de saúde; auto-conceito; auto-eficácia, locus de controlo de saúde; suporte social. Foram avaliados com recurso aos seguintes instrumentos:

(i) Comportamento/atitudes de saúde - adoptou 25 itens do *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ) de Hettler (1982) a que se acrescentaram três itens relativos ao domínio sexual; (ii) Auto-conceito - avaliado com uma adaptação do *The Self-Perception Profile for College Students* (Neemann & Harter, 1986); (iii) Auto-eficácia - avaliada com uma adaptação do *Self-Efficacy Scale* (Sherer *et al.*, 1982); (iv) Locus de controlo de saúde avaliada com um questionário reconstruido com itens provenientes do *Health Locus of Control Scale* (Waltson *et al.*, 1976), do *Multidimensional Health Locus of Control Scales* (Waltson *et al.*, 1978), do*Health-Specific Locus-of-Control* (Lau & Ware, 1981); (v) Suporte social avaliado com recurso a uma adaptação do *Social Health Battery* do *Health Insurance Experiment* (Brook *et al.*, 1979). Todos os instrumentos, depois de adaptados, mostraram propriedades métricas adequadas.

Variáveis ambientais - são variáveis que focam a percepção que o indivíduo tem de aspectos do ambiente, a saber: percepção da capacidade económica, acontecimentos geradores de *stress*, Intensidade do *stress*, temas preocupantes. Foram avaliados com recurso aos seguintes instrumentos: percepção da capacidade económica avaliada com recurso a uma tradução adaptada de questionários com o mesmo nome (Pearlin *et al.*, 1981); acontecimentos geradores de *stress* com recurso a um inventário baseado no *Life Events Checklist* (Greene *et al.*, 1989), que segue a tradição da escala clássica de Holmes e Rahe (1967); intensidade do *stress* inspirado no procedimento utilizado no *Saskatchewan Heart Health Survey* e onde se apresenta um item em que o respondente afirma a magnitude do impacto que os acontecimentos descritos no questionário anterior tiveram para si; temas preocupantes inspirado no questionário utilizado por Jouguin e Davies (1980).

Variáveis do domínio social - A maioria das escalas referidas acima incluem items ou sub-escalas que avaliam aspectos passíveis de ser considerados do domínio do suporte social. Para responder às questões de investigação, essas escalas foram consideradas como variáveis independentes.

Procedimento

Na análise realizada todas as sub-escalas referidas foram agrupadas e o seu relacionamento inspeccionado. Do grupo de variáveis de saúde foram escolhidas as seguintes: (i) sub-escala "laços e estabilidade" da escala de saúde mental, reflectindo o quanto um sujeito se sente amado e querido (ex: durante quanto tempo se sentiu só no mês passado?); (ii) sub-escala "amizade e actividades sociais" da escala de saúde social, reflectindo a satisfação com as relações de amizade (ex: não saio com os amigos tantas vezes como gostaria); (iii) sub-escala "família" reflectindo a satisfação com as relações familiares (ex: estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família).

Do grupo de variáveis psicológicas seleccionaram-se, da escala de auto-conceito: (iv) sub-escala "amizades íntimas" reflectindo a percepção de capacidade pessoal para estabelecer relações de amizade íntimas (ex: sente-se só por não ter um amigo íntimo com quem partilhar as coisas?); (v) sub-escala "aceitação social" reflectindo a percepção de capacidade pessoal para fazer novos amigos (ex: está satisfeito com a sua competência de relacionamento social?); (vi) sub-escala "relações com os pais" reflectindo a percepção de capacidade pessoal para se relacionar com os pais (ex: gosta da maneira como está com os pais?); (vii) sub-escala "relações amorosas" reflectindo a percepção de capacidade pessoal para estabelecer relações amorosas, e o grau em que o sujeito se sente atraente para as pessoas em quem possa estar interessado (ex: sente-se atraente para as pessoas por quem está apaixonado?). Por sua vez, da escala de auto-eficácia foram tomadas: (viii) sub-escala "eficácia social" reflectindo as expectativas perante situações sociais (ex: tenho dificuldade em fazer amigos); da escala de suporte social foi tomada (ix) a sub-escala "número de relações com amigos" descrevendo a frequência de relações com amigos (ex: com que frequência visitou amigos, em casa deles, durante o último mês?); (x) a

sub-escala "número de amigos" descrevendo o número de amigos (ex: com quantos colegas se dá bem, de tal modo que é costume visitarem-se em casa uns dos outros?). Do grupo de variáveis ambientais, da escala de temas preocupantes foram tomadas: (xi) sub-escala "afectos" reflectindo as preocupações com temas afectivos (ex: estar longe das pessoas que me são queridas é fonte de preocupação e de tensão).

As primeiras três variáveis reflectem satisfação com as relações existentes; as variáveis de 4 a 7 reflectem a percepção de competência pessoal em diversos tipos de relações; a variável 8 reflecte a expectativa acerca da capacidade pessoal; as variáveis 9 e 10 reflectem aspectos tangíveis das relações sociais; e a última reflecte preocupações com aspectos sociais. A análise do conteúdo dos itens que compõem a totalidade das sub-escalas, permite identificar três famílias de variáveis: um primeiro grupo inclui as variáveis ligadas à amizade, o segundo as variáveis relacionadas com o afecto ou amor, e o terceiro as variáveis ligadas à família.

Resultados

Para responder à primeira questão "quais são as variáveis, das utilizadas para avaliar o domínio social, que explicam melhor os resultados do conjunto de variáveis utilizadas?" procedeu-se à análise factorial que permite encontrar o valor da comunalidade. A inspecção da comunalidade fornece a proporção da variância num item que é explicada pelos factores comuns. A análise factorial permite, ainda, responder à segunda questão "como se agrupam as variáveis do domínio social?"

Na análise factorial recorreu-se à análise de componentes principais, com rotação ortogonal *(varimax):* esta é a solução privilegiada quando o investigador está interessado, principalmente, na redução de um grande número de variáveis a um pequeno número de componentes e é, igualmente, recomendada como primeiro passo na análise factorial (Dawis, 1987; Tabachnick & Fidell, 1989). A inspecção do modo como as correlações se organizam num número mínimo de factores comuns encontrou a distribuição apresentada no quadro I, onde são apresentadas todas as saturações factoriais com valor superior a 0,40.

Quadro I - Análise de componentes principais das sub-escalas com conteúdo social

	Comunalidade	Factor1	Factor 2	Factor 3
Laços	.54		.64	
Amizades	.64	.69		.87
Família	.77	.73		.87
Amigo	.58	.73		
A.social	.64	.70		
R.Pais	.71			.83
Amor	.64	(.40)	.69	
E. social	.43	.61		
F. amigos	.55	.73		
N. amigos	.36	.60		
Afectos	.43	.60	-.65	
Eigenvalue		3.85	1.45	1.04
Variância		35.1	13.2	9.5

Laços-laços e estabilidade; Amizades-amizade e actividades sociais; Família-família; Amigo-amizades íntimas;A.social-aceitação social; R.Pais-relações com os pais; Amor- relações amorosas; E.social- eficácia social; F.amigos- frequência de relações com amigos; N.amigos-número de amigos; Afectos-afectos.

A análise da comunalidade permite responder à questão "quais são as variáveis, das utilizadas para avaliar o domínio social, que explicam melhor os resultados do conjunto de variáveis utilizadas?" Os resultados (em bold) apresentados na primeira coluna mostram ser as sub-escalas "família" e a de "relações com os pais", respectivamente com o valor de 0,77 e 0,71. Para responder à primeira questão pode-se afirmar que os aspectos que se referem à família são, de entre as variáveis que foram consideradas, os aspectos mais importantes. A inspecção da solução factorial mostra três factores que explicam 57,8% da variância total, verificando-se que o agrupamento das variáveis se faz em função do conteúdo dos itens em vez de em função de serem baseadas na percepção do sujeito ou em aspectos tangíveis. Para responder à segunda questão pode-se afirmar que as escalas do domínio social se agrupam a partir do conteúdo dos items, em três grupos que reflectem as relações de amizade, as relações amorosas e as relações com a família. Para responder à terceira questão "quais são as variáveis mais importantes na explicação dos resultados de saúde?" recorreu-se a uma análise de regressão múltipla, em que as variáveis dependentes eram: (i) uma medida compósita de saúde que resulta da combinação de todas as variáveis de saúde; (ii) cada uma das variáveis de saúde por si. As variáveis de saúde foram descritas acima. Os resultados são apresentados no quadro II.

Quadro II - Regressão múltipla das variáveis do domínio de suporte social sobre as variáveis de saúde, tomadas quer cada uma por si quer a soma de resultados convertidos, com indicação dos coeficientes de regressão parciais (b) e coeficientes de regressão padronizados (beta)

	Saúde	S.física	S.mental	P.G.saúde	SUNYA
Laços	7.91	0.01	3.15	.46	-2.01
	(.29)***	(0.04)	(0.60)***	(0.18)**	(-0.13)*
Amizades	4.19	0.01	0.21	0.04	-0.45
	(0.32)***	(0.05)	(0.08)	(0.03)	(-0.06)
Família	8.19	0.02	0.86	0.40	-4.12
	(0.24)***	(0.07)	(0.13)**	(0.13)*	(-0.21)***
Amigo	1.07	-7.38	0.26	0.03	-1.93
	((0.03)	(-0.01)	(0.04)	(0.01)	(-0.10)
A.social	4.65	0.09	0.35	0.38	-1.24
	((0.12)***	(0.27)***	(0.05)	(0.11)	(-0.06)
R.Pais	-1.50	-0.02	-0.22	0.01	1.33
	(-0.04)	(-0.06)	(-0.03)	(0.01)	(0.06)
Amor	-2.27	-0.01	-0.17	-0.01	-0.51
	(-0.01)	(-0.01)	(-0.02)	(-0.01)	(-0.02)
E.social	-0.41	-0.02	0.07	0.02	0.54
	(-0.01)	(-0.11)*	(0.01)	(0.01)	(0.04)
F.amigos	-0.71	0.01	0.06	-0.13	0.83
	(-0.02)	(0.02)	(0.01)	(-0.05)	(0.05)
N.amigos	0.81	0.01	0.14	0.04	-0.55
	(0.08)*	(0.06)	(0.07)*	(0.05)	(-0.09)*
Afectos	-0.90	0.01	-0.18	-0.15	1.16
	(-0.04)	(0.08)	(-0.04)	(-0.8)*	(0.10)*
Constante	-167.13	3.36	48.70	50.29	184.75
R^2	0.54	0.10	0.56	0.14	0.16
N	434	445	445	445	445

***p<0,001; **p<0,01; *p<0,5

S.Física - escala de percepção de saúde física; S.Mental - escala de saúde mental; P.G.Saúde - escala de percepção geral de saúde; SUNYA - escala de sintomas físicos de mal-estar. Laços - laços e estabilidade; Amizades - amizade e actividades sociais; Família - família; Amigo - amizades íntimas; A.social - aceitação social; R.Pais - relações com os pais; Amor - relações amorosas; E.social - eficácia social; F.amigos - frequência de relações com amigos; N.amigos - número de amigos; Afectos - afectos.

A inspecção dos resultados dá a imagem de uma contribuição modesta das variáveis do domínio social para o domínio da saúde. Verificam-se valores elevados de variância explicada, para as variáveis saúde (54%) e saúde mental (56%), mas estes valores têm de ser relativizados dado serem explicados, na variável saúde, principalmente pelas três variáveis independentes: "laços e estabilidade", "família", e "amizade e actividades sociais" que participam na soma do seu resultado. O mesmo sucede na variável saúde mental pela sub-escala "laços e estabilidade" que contribui para o resultado total da saúde mental. Quando estas variáveis são retiradas e deixam de contribuir para o resultado da saúde o valor da variância explicada baixa de 54% para 15% e as únicas sub-escalas que contribuem significativamente para a sua expressão são "laços e estabilidade" da escala de saúde mental e "aceitação social" da escala de auto-conceito.

Em resposta à terceira questão podemos afirmar que as variáveis "família", "aceitação social" e "número de amigos" são as que parecem contribuir mais para os resultados quer globais quer parciais de saúde. Salienta-se, principalmente, a variância explicada pela variável social "família" que contribui de modo muito significativo para as manifestações de mal-estar (SUNYA).

Conclusão

Em resumo, do grupo de variáveis do domínio social as que parecem mais promissoras são, tomando em consideração a expressão de resultados do domínio social, as variáveis associadas à família, confirmando os resultados de outros estudos (Olsen *et al.*, 1991; Vilhjalmsson, 1994) que apontam para a família como a fonte de suporte social mais importante para o grupo etário abrangido no nosso estudo. As variáveis do domínio social tendem a agrupar-se segundo os conteúdos dos itens ao invés de consoante são baseadas na percepção do respondente ou em resultados tangíveis.

Tomando em consideração o impacto, quer no resultado conjunto das variáveis de saúde, quer cada um dos aspectos que contribuem para a saúde, verifica-se que as que têm mais impacto são "família", "aceitação social" e "número de amigos". Verifica-se que as variáveis do domínio social associadas à família têm, um impacto importante na explicação dos resultados, quer porque são as que mais contribuem para resultado do conjunto das variáveis sociais quer por ser a que explica melhor os resultados de saúde. A família parece, portanto, ter um papel privilegiad no bem-estar ou na saúde de jovens estudantes.

Referências

Attanasio, V., Andrasik, F., Blanchard, E. & Arena, J. (1984). Psychometric propreties of SUNYA revision of the Psychosomatic Symptom Checklist. *Journal of Behavioral Medicine, 7* , 247-257.

Baumgartner, R. M. & Heberlein, T. A. (1984). Recent research on mailed questionnaire response rates. In D.Lockhart (Ed.) *Making effective use of mailed questionnaires.* San Francisco: Jossey-Bass.

Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health, 5*, 413-432.

Berkman, L. F. & Breslow, L. (1983).*Health and ways of living: The Alameda County study.* New York: Oxford University Press.

Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G. & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology, 117*, 521-537.

Brook, R., Ware, J., Davies-Avery, A., Stewart, A., Donald, C., Rogers, H., Williams & Johnston, S. (1979). Overview of adults health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care,17*, (supplement).

Bruhn, J. G. & Philips, B. U. (1984). Measuring social suport: A synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine, 7*, 151-169.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology, 104* , 107-123.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.

Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.

Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social suport, stress, and the buffering hypotesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.) *Handbook of psychology and health. (Vol. IV)*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.

Cox, D., Freundlich, A. & Meyer, R. (1975). Differential effectiveness of electromyograph feedback, verbal relaxation instructions, and medication placebo with tension headachs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 892-898.

Dawis, R. V. (1987). Scale construction. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 481-489.

Dillman, D. A. (1978). *Mail and telephone surveys: The total design method.* New York: John Wiley & Sons.

Dunst, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.) *Handbook of early childhood intervention*. New York: Cambridge University Press.

Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J. & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research, 36*, 531-541.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.

Ganster, D. C., Fusilier, M. R. & Mayes, B. (1986). Role of social support in the experience of stress at work. *Journal of Applied Psychology, 71*, 102-110.

Greene, J., Walker, L., Hickson, G. & Thompson, J. (1989). Stressfull life events and somatic complaints in adolescents. In T. W. Miller (Eds.) *Stressful life events*. Madison: International Universities Press.

Hanson, B., Isacsson, S., Janzon, L. & Lindell, S. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly mem. *American Journal of Epidemiology,130*, 100-111.

Heitzmann, C. A. & Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology, 7*, 75-109.

Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university Campus. In M. M. Faber & A. M. Reinhardt (Eds.)*Promoting health through risk reduction.*New York: Collier MaCmillan Pubs.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.

Jouguin, E. & Davies, M. (1980). *Student distress: A study of problems experienced by students at the University of Saskatchewan.* Saskatchewan: University of Saskatchewan.

Kaplan, B., Cassel, J. & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care, 15*, 47-58.

Kessler, R., Price, R. & Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping process. *Annual Review of Psychology, 36*, 531-572.

Lau, R. & Ware,J. (1981). Refinements in the measurement of health-specific locus-of-control beliefs. *Medical Care, 11*, 1147-1158.

Mechanic, D. & Hansell, S. (1987). Adolescent competence, psychological well-being, and self-

assessed physical health. *Journal of Health and Social Behavior, 28,* 364-374.
Neemann, J. & Harter, S. (1986). *Manual for the self-profile for college students.* Denver: University of Denver.
Olsen, O., Iversen, L. & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine,* 32,767-771.
Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M. & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior,22,* 337-356.
Ribeiro, J. L. P. (1994). A psicologia da saúde e a segunda revolução da saúde. In T.McIntire (Ed.) *Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras.* Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
Riesenberg, D. & Glass, R. (1989). The Medical Outcomes Study. *Journal of the American Medical Association, 262,* 943.
Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44,*127-139.
Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1984). Life changes, moderators of stress, and health. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.) *Handbook of psychology and health. (Vol. IV).* New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
Sarason, I. G., Sarason, B., Potter III, E. & Antoni, M. (1985). Life events, social suport, and illness. *Psychosomatic Medicine,47,* 156-163.
Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health,3,* 1-15.
Sherer, M., Madux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B. & Rogers, R. W. (1982).The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports, 51,* 663-671.
Singer, J. E. & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatning illness. In A. Baum, S. Taylor & J. Singer (Eds.) *Handbook of psychology and health. (Vol. IV).* New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
Stewart, A. (1993). The Medical Oucomes Study framework of health indicators. In A.Stewart & J. Ware (Eds.) *Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study Approach.* Durham: Duke University Press.
Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1989). *Using multivariate statistics.* New York: Harper & Row.
Taylor, S. E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist, 45,*40-50.
Vilhjalmsson, R. (1994). Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence,23,* 437-452.
Walltson, B. S., Walltson, K. A. & DeVellis, R.(1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs, 6,* 160-170.
Walltson, B. S., Walltson, K. A., Kaplan, G. D. & Maides, S. A. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44,* 580-585.
Weathers, P., Furlong, M. & Solórzano, D. (1993). Mail survey research in counseling psychology: current practice and suggested guidelines. *Journal of Counseling Psychology,40,* 238-244.
Weiss, R. (1974). The provisions of social relations. In Z.Rubin (Ed.) *Doing unto others.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
Wethingston, E. & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life evets. *Journal of Health and Social behavior, 27,* 78-89.

Adaptação de uma Escala de Avaliação do Suporte Social – NOS (Network Orientation Scale)

Antunes, C[1] & Fontaine, A.M.[2]

[1] UTAD - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real
[2] UP – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Durante a adolescência, a percepção do apoio das principais redes de suporte social parece estar relacionada com o ajustamento psicossocial e com o processo de desenvolvimento do autoconceito e identidade. No entanto, a capacidade de procurar apoio junto da rede de suporte e a crença na sua eficácia desempenham um papel importante no processo transaccional do apoio social. Este estudo pretendeu analisar as qualidades psicométricas de um instrumento de avaliação da crença na eficácia do apoio social e a sua adequação a adolescentes do 7º ao 12º ano de escolaridade (amostra: rapazes = 821 e raparigas = 1142). A Network Orientation Scale (NOS) foi estudada na sua fiabilidade e validade factorial, utilizando a análise factorial confirmatória. É uma escala bi-factorial, com um factor que avalia a crença na eficácia do suporte social dos outros e outro factor que avalia a desconfiança na eficácia do suporte social.

Palavras-chave: Suporte social, Análise factorial confirmatória, Adolescência

1. INTRODUÇÃO

O suporte social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas para um indivíduo, em determinadas situações da vida deste. Estas pessoas podem ser familiares, amigos, vizinhos e outros, chamando-se ao conjunto por elas formado rede de suporte social. A maioria dos estudos desenvolvidos nesta perspectiva privilegia, na análise do suporte social, a percepção que os indivíduos têm acerca deste (Antunes, 1994; Antunes & Fontaine, 1994/95, 1996, 2006). Esta percepção representa a crença generalizada desenvolvida pelos indivíduos de que são estimados, que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam e que estão satisfeitos com as relações que têm (Heller, Swindle e Dusenbury, 1986; Vaux, 1988). No entanto, de acordo com o modelo transaccional ecológico do suporte social, de Vaux (1988), a pessoa não é um receptor passivo desse apoio ou suporte social. É necessário que desenvolva competências que lhe permitam procurar com pertinência e eficácia o suporte de que necessita, além de ser também capaz de fornecer suporte quando solicitada, uma vez que o processo se baseia na reciprocidade das relações, em determinados contextos. Para que a pessoa seja capaz de procurar o

apoio de que necessita, seja material (pedir dinheiro emprestado por exemplo), emocional (conversar com alguém acerca de problemas pessoais, por exemplo), prático ou de qualquer outro tipo, é necessário que acredite na eficácia desse apoio. Vaux, Burda e Stewart (1986) desenvolveram uma escala destinada a avaliar este aspecto do processo de apoio social: a "Network Orientation Scale" (NOS), que traduzida literalmente significa orientação em relação à rede de suporte.

A escala NOS foi concebida como uma escala unidimensional, pretendendo avaliar até que ponto os indivíduos têm capacidade ou melhor, predisposição para procurar apoio junto da sua rede de suporte social e se acreditam nos benefícios desse apoio. Na versão americana é uma escala de 20 itens, baseada no conceito de Tolsdorf (1976) de "network orientation" - conjunto de crenças, atitudes e expectativas de um sujeito com respeito à potencial utilidade dos membros da sua rede de suporte em ajudá-lo a lidar com determinado problema. O estudo da fiabilidade desta escala, em termos de homogeneidade e estabilidade ao longo do tempo, foi feito com cinco amostras (uma de adultos não-estudantes e quatro de estudantes). Os coeficientes ***alpha*** variaram entre α =.60 e α =.88, nas cinco amostras. A estabilidade da escala, avaliada sobre um intervalo de duas semanas, numa amostra de 46 estudantes foi r = .87 (Vaux, Burda & Stewart, 1986).

A validade da escala foi testada pela correlação com características da rede (tamanho, densidade, relações simples e recíprocas), com a escala SSA - percepção de apoio social (da família, amigos e outros em geral) (Antunes, 1994; Antunes & Fontaine, 1994/95,2006; Vaux, Philips, Holly ***et al.***, 1986), e comportamentos de suporte(emocional, convício, conselhos, financeiro), bem como pela correlação com escalas de ***coping*** interpessoal ou formas de lidar com problemas interpessoais, escalas de "self-disclosure" ou capacidade de falar acerca de si próprio e características de personalidade. Todas estas correlações demonstraram a validade externa da escala (Vaux, Burda & Stewart, 1986).

Antunes (1994) analisou as qualidades psicométricas desta escala numa amostra de 464 adolescentes portugueses do 5º, 6º e 9º anos de escolaridade. O coeficiente ***alpha*** obtido na amostra total foi de α =.77. Este coeficiente foi de α =.76, numa amostra posterior, de 654 adolescentes do 6º ao 10º ano de escolaridade.

Objectivos do estudo

O estudo aqui apresentado pretendeu analisar as qualidades psicométricas da escala NOS, considerando-a como uma escala que avalia a percepção que o sujeito tem da eficácia do suporte social na resolução de problemas pessoais. Embora esta escala tenha já sido objecto de um estudo da consistência interna e validade factorial e externa em estudos anteriores (Antunes, 1994) neste trabalho pretendeu-se confirmar a sua estrutura factorial e qualidade psicométrica em geral, numa faixa etária mais alargada e testar a hipótese da bi-factorialidade do instrumento.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

O estudo das qualidades psicométricas da NOS foi realizado junto de adolescentes do 7º ao 12º ano, provenientes das cidades do Porto (zona litoral) e de cinco concelhos de Trás-os-Montes e Alto Douro (zona interior), cuja distribuição se pode observar na tabela I. A escala foi administrada aos alunos de forma colectiva, juntamente com outras escalas de avaliação psicológica, apresentadas de forma contrabalançada, em sala de aula, por psicólogos com experiência na investigação. O tempo médio de resposta à escala foi de dez minutos. Os dados foram colhidos no início do ano lectivo 2001/2002.

Tabela I - *Distribuição da amostra em função do ano de escolaridade, género e zona de proveniência.*

Ano de Escolaridade	Idade		Zona de Provenência		Género		Total
	Med.	DP	Interior	Litoral	Masculino	Feminino	
7º	12,6	1,45	196	58	124	133	254
8º	13,5	1,07	163	129	138	155	292
9º	14,6	1,22	182	168	159	192	350
10º	15,36	0,92	193	284	193	285	477
11º	16,46	0,91	134	207	129	213	341
12º	17,27	0,75	118	131	78	164	249
Total			986	977	821	1142	1963

2.2 Instrumento

A escala NOS na versão americana original e na versão traduzida para português (Antunes, 1994) apresentava 20 itens, com formato de resposta tipo *Likert*.

No estudo que aqui se apresenta foi suprimido o item 3 da versão original e traduzida: “Temos que ter cuidado com as pessoas a quem contamos coisas pessoais”,

por ter revelado, no estudo de Antunes (1994) uma baixa correlação com o total da escala, e por não ter obtido saturação na análise em componentes principais. A resposta aos itens, no formato *Likert*, tem quatro alternativas para os alunos do 7º e 8º anos ("concordo totalmente"; "concordo"; "discordo" e "discordo totalmente") e seis alternativas para os alunos do 9º ao 12º ano (que vão do "concordo totalmente" até ao "discordo totalmente") e a pontuação em cada item (de 0 a 3 ou de 0 a 5) é mais elevada no extremo positivo, ou seja, na crença total ("concordo totalmente") na eficácia do suporte social. Os itens formulados negativamente (por exemplo, item 12: "Nunca achei que as opiniões dos outros me ajudassem a resolver os meus problemas") são cotados ou pontuados de forma inversa. No total, a escala de 19 itens avalia, num máximo de 57 pontos, no formato para o 7º e 8º anos, e num total de 95 pontos no formato para o 9º a 12º anos, a crença do sujeito na eficácia do apoio social dos outros (amigos e outros de forma geral) na resolução de determinadas situações problemáticas (de forma genérica) da sua vida.

3. RESULTADOS

3.1 Consistência interna

A análise da consistência interna da escala NOS na amostra do 7º e 8º ano revelou que os itens 5, 14, 15 e 16 que apresentaram correlações item-total mais baixas (entre r = .16 e r=.21). Os restantes itens correlacionavam-se com o total da escala entre r=.31 e r =.51.O valor de *alpha* encontrado foi $\alpha = .76$.

Na amostra de alunos do 9º ao 12º ano, o valor de *alpha encontrado* foi $\alpha = .80$. Os itens 5, 15 e 16 apresentaram as correlações mais baixas com o total da escala (entre r =.14 e r =.21). Os restantes itens correlacionaram-se com o total da escala em valores que variaram entre r =.31 e r =.56.

3.2 Análise em componentes principais

Uma vez que a escala NOS comporta itens formulados de forma positiva e negativa, equacionou-se a hipótese de a escala configurar, não uma mas duas dimensões, que avaliariam dois aspectos diferentes da crença na eficácia do apoio social. Assim, de forma exploratória, realizou-se uma análise em componentes principais, primeiro num só factor e posteriormente a dois factores, com rotação oblíqua e normalização de Kaiser.

Na análise a um só factor, a variância explicada foi de 21,13% na amostra do 7º e 8º ano e de 25,99% na amostra do 9º ao 12º ano. Em ambas as amostras, os itens 5, 15 e 16 saturaram abaixo de .30 em ambas as amostras.

Na análise a dois factores, a variância explicada pelos dois componentes extraídos após rotação, nos alunos do 7º e 8º anos, foi de 35,4%, ficando os itens distribuídos tal como se evidencia na tabela II.

Tabela II - *Análise em componentes principais, com rotação oblíqua, da escala NOS, na amostra de alunos do 7º e 8º ano (n = 546)*

		Componentes	
Itens	Valores próprios	1	2
2	.581	.739	.185
13	.519	.702	.159
3	.445	.662	-
6	.435	.658	-
8	.413	.629	.128
10	.416	.627	.149
1	.292	.533	-
17	.274	.523	-
5	.212	.444	-.120
15	.150	.375	-
7	.456	.132	.662
9	.434	.123	.647
12	.401	-	.631
11	.373	-	.610
4	.357	-	.598
19	.352	-	.589
18	.323	-	.568
14	.193	-	.436
16	-	-	.315
% de variância		21.13	14.27

Após a análise em componentes principais, procedemos novamente à análise da consistência interna da escala, desta vez considerando duas dimensões– uma constituída pelos itens que saturaram o primeiro componente (NOS1) e outra constituída pelos itens que saturaram o segundo componente (NOS2), que se dividem em termos dos itens considerados positivos (componente 1 ou NOS1) e negativos (componente 2 ou NOS2) (cf. Anexo).

O resultado, indicado na tabela III, revelou que o coeficiente ***alpha*** no componente ou dimensão NOS1 foi $\alpha = .76$, no 7º ano de escolaridade e $\alpha = .80$ no 8º ano. O segundo componente ou dimensão NOS2 revelou, no 7º e 8º anos de escolaridade, um coeficiente ***alpha*** de $\alpha = .73$.

Tabela III- *Valores da consistência interna dos componentes/dimensões NOS1 e NOS2 nos alunos do 7º e 8º ano (n = 546)*

Ano de escolaridade	Componente/ Dimensão	Nº de itens	*alpha*
7º	NOS1	10	.76
	NOS2	9	.73
8º	NOS1	10	.80
	NOS2	9	.73

Na amostra de alunos do 9º ao 12º anos de escolaridade, a análise em componentes principais com extracção de dois componentes, após rotação oblíqua revelou que a distribuição dos itens pelos dois componentes é semelhante à solução encontrada para a amostra de alunos do 7º e 8º anos de escolaridade. A percentagem de variância explicada pelos dois componentes é de 36,57% (tabela IV).

Tabela IV - *Análise em componentes principais, com rotação oblíqua, da escala NOS, na amostra de alunos do 9º ao 12º ano (n = 1417)*

		Componentes	
Itens	Valores próprios	1	2
13	.586	.752	.325
2	.517	.716	.247
6	.498	.696	.283
8	.499	.691	.314
3	.386	.621	.166
1	.360	.599	.109
10	.331	.566	.237
17	.244	.489	.190
5	.119	.344	-
15	-	.284	-
18	.477	.108	.688
9	.487	.291	.687
7	.467	.257	.677
12	.420	.364	.610
4	.342	.305	.559
11	.300	.196	.544
19	.309	.262	.540
14	.276	-	.522
16	.238	-.154	.410
% da variância		25.99	10.57

A observação dos valores *alpha* obtidos em cada ano de escolaridade, do 9º ao 12º ano, revelam que no 9º e 10º anos, a dimensão NOS1 apresentou uma consistência ligeiramente superior à dimensão NOS2. No 11º ano a consistência interna é igual em

ambas as dimensões e no 12º ano, a dimensão NOS2 apresentou um valor de *alpha* superior ao da dimensão NOS1 (tabela V).

Os itens 5 e 15, da dimensão NOS1 revelaram ter as correlações mais baixas item-total, nas análises realizadas em todos os anos de escolaridade, do 9º ao 12º ano. Na dimensão NOS2, se fosse apagado o item 16, o valor de *alpha* subiria em todos os anos de escolaridade.

Tabela V -*Valores de alpha nas dimensões NOS1 e NOS2, na amostra de alunos do 9º ao 12º anos de escolaridade (n =1417)*

Ano de escolaridade	Dimensão	Nº de itens	*alpha*
9º	NOS1	10	.75
	NOS2	9	.74
10º	NOS1	10	.78
	NOS2	9	.76
11º	NOS1	10	.76
	NOS2	9	.76
12º	NOS1	10	.71
	NOS2	9	.75

Se atentarmos na formulação dos itens (cf. Anexo), a dimensão NOS1-AEAS avalia a percepção de que o apoio dos outros em geral ou amigos em particular já ajudaram o sujeito a ultrapassar problemas pessoais - chamaremos a esta dimensão aceitação da eficácia do apoio social. A dimensão NOS2-DEAS parece corresponder aos itens formulados pela negativa, ou seja, a desconfiança ou descrédito na capacidade dos outros poderem ser úteis como fonte de apoio social – chamaremos a esta dimensão desconfiança na eficácia do apoio social.

Após o estudo da consistência interna e da análise em componentes principais, optou-se por realizar uma análise factorial confirmatória (AFC), com o objectivo de testar alguns modelos hipotéticos.

3.3 Análise factorial confirmatória

A AFC é uma técnica de análise multivariada que tem como requisitos básicos os mesmos que todas as técnicas multivariadas – linearidade, normalidade, não multicolinearidade e homocedasticidade das variâncias residuais. Além disso, necessita que as amostras sejam suficientemente largas, dependendo o seu tamanho do número de variáveis utilizadas na análise e do número de parâmetros a estimar (Giles, 2002).

Embora o racional teórico subjacente à técnica de modelação de estruturas covariantes, na qual a análise factorial confirmatória se inclui, tenha sido inicialmente desenvolvida pelo investigador sueco Jöreskog, nos anos 70 e 80 do séc. XX, em parceria com o também investigador sueco Sörbom, existem hoje vários programas que permitem a modelação de estruturas covariantes. Além do LISREL, desenvolvido por Jöreskog e Sörbom (1983), existem ainda o AMOS (Arbuckle, 1997) e o EQS (Bentler, 1995).

O programa EQS (Bentler, 1995) é baseado no modelo de especificação de Bentler e Weeks (1980, cit. por Giles, 2002) e é um programa de uso relativamente simples, no qual as variáveis são referidas apenas como variáveis dependentes ou independentes.

Na modelação de equações estruturais, técnica onde se inclui a AFC, os modelos incluem variáveis observadas e variáveis latentes e esta é uma das vantagens deste tipo de análise, pois permite ao investigador testar a plausibilidade de um modelo teórico, baseado na assumpção de variáveis inferidas (a quase generalidade das variáveis estudadas em psicologia), estimadas a partir de variáveis observadas (os itens de uma escala, por exemplo). Além disso, é também uma vantagem desta técnica a possibilidade de assumir nos modelos os erros associados às variáveis observadas e ainda variância aleatória associada às variáveis latentes (no inglês: “disturbance”).

Os modelos testados devem ser submetidos à apreciação do investigador e a questão da escolha não é pacífica, pois nunca se poderá dizer que um modelo é “o melhor” na explicação da relação entre as variáveis; cada modelo é apenas uma possibilidade entre muitas (Maia, 1996). O modelo final é normalmente escolhido com base em critérios subjectivos (formulações teóricas) mas em seu auxílio, o programa EQS (tal como todos os programas de modelação de estruturas covariantes) fornece alguns índices que permitem ter uma ideia da adequação do modelo. Esse ajustamento pode ser apreciado através dos chamados índices de ajustamento global (do inglês: “fit indices”) e índices de ajustamento local, que são os valores de saturação dos factores ou variáveis latentes nas variáveis observadas e os valores únicos de cada item ou variâncias-erro.

Os índices de ajustamento global mais referidos na literatura são o CFI (“comparative fit index”), desenvolvido por Bentler (1990), o GFI (“goodness of fit index”) de Jöreskog e Sörbom (1983), o RMR (“root mean square residual”), desenvolvido por Steiger e Lind (1980, cit por Arbuckle, 1997) e o RMSR (“root mean square error of approximation”), de Steiger e Lind (1980, cit por Arbuckle, 1997). O CFI e o GFI variam entre 0 e 1 e valores acima de .90 indicam um bom ajustamento.

O RMR representa a diferença entre as matrizes de covariância da amostra estudada e as da população. Portanto, quanto menor o seu valor, mais pequena é essa diferença e mais aceitável é o modelo; os valores variam entre 0 (nenhuma diferença) e 1 (diferença máxima) e valores inferiores a 0,050 indicam um ajustamento aceitável. Posteriormente, Browne e Cudeck (1993), a partir do RMR, introduziram o RMSEA, que é um índice que não penaliza a complexidade do modelo e tende mesmo a favorecer os modelos mais complexos. Este índice dá-nos a ideia da diferença existente entre a matriz de variâncias e covariâncias da amostra e do modelo obtido, partindo do pressuposto que o modelo é adequado. Neste sentido, quanto mais próximo de 0 for o seu valor, maior é a proximidade entre a matriz de variâncias e covariâncias estimada e a matriz dos dados e maior segurança tem o investigador em não rejeitar o modelo obtido. Valores inferiores a 0.05 indicam ajustamento aceitável (Arbuckle, 1997), quando o intervalo de confiança é de 90% ($p < .10$).

Finalmente, utiliza-se ainda o X^2, não como um teste estatístico, como normalmente é utilizado, mas como um índice de ajustamento do modelo, que exprime, juntamente com o número de graus de liberdade, a "distância" entre o modelo hipotético especificado e o modelo sugerido pelos dados. O ideal é obter um X^2 o mais baixo possível e não significativo, mas como esta estatística é sensível, pela sua fórmula, ao tamanho da amostra, utiliza-se muitas vezes o valor obtido na divisão do X^2 pelo número de graus de liberdade (rácio X^2/gl), considerando um ajustamento aceitável do modelo quando esse valor é inferior a 5 (Giles, 2002), embora este valor não seja pacífico entre os investigadores. Marsh e Hocevar (1985) sugeriram que um valor entre 2 e 5 indicaria um ajustamento aceitável, enquanto Byrne (1989) afirmou que valores superiores a 2 não deveriam ser aceites.

O valor do X^2 também é utilizado na comparação entre modelos testados, para decidir qual o modelo a escolher. Normalmente, subtraindo os valores do X^2 e do número de graus de liberdade, verificamos se a diferença se traduz num ganho significativo, preferindo-se, neste caso, o modelo com menor valor de X^2.

3.4 Modelos hipotéticos da estrutura factorial da escala NOS

No estudo que aqui apresentamos, foram testados quatro modelos de estrutura factorial da escala NOS.

Numa primeira fase, testaram-se, em cada uma das duas amostras, dois modelos – um só factor e dois factores correlacionados - mas onde se incluíram todos os 19 itens da escala.

Numa segunda fase, após a análise dos resultados da análise factorial confirmatória e como resultado da observação dos índices de ajustamento global e local, testaram-se os mesmos dois modelos, em cada amostra, mas sem alguns itens, considerados problemáticos – itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18 (itens com saturação baixa no respectivo factor e variância residual ou variância-erro elevada).

Nas tabelas VI e VII apresentam-se os índices de ajustamento global dos modelos testados na amostra do 7º e 8º ano e na amostra do 9º ao 12º anos de escolaridade.

Tabela VI - *Quadro decisional: Valores dos índices de ajustamento global nos diferentes modelos testados na amostra do 7º e 8º ano de escolaridade (n=546)*

	Índices de ajustamento global							
Modelos com 19 itens	CFI	GFI	RMR	RMSEA	X^2	Gl [1]	Diferença de X^2	Dif. de Gl
Um só factor	.589	.777	.095	.098[3]	924,057	152		
Dois factores correlacionados	.889	.929	.054	.051[(2)]	359,362	151	564,695	1
Modelos sem os itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18								
Um só factor	.656	.801	.108	.128[3]	514,905	54		
Dois factores correlacionados	.959	.966	.046	.044[(2)]	107,711	53	407,194	1

[1]Gl = graus de liberdade;
[(2)] p<.10
[3]p>.10

Tabela VII -*Quadro decisional: Valores dos índices de ajustamento global nos diferentes modelos testados na amostra do 9º ao 12º ano de escolaridade (n=1417)*

	Índices de ajustamento global							
Modelos com 19 itens	CFI	GFI	RMR	RMSEA	X^2	Gl [(1)]	Diferença de X^2	Dif. de Gl
Um só factor	.720	.837	.078	.088[(2)]	1752,32	152		
Dois factores correlacionados	.877	.934	.051	.058[(2)]	852,35	151	899.97	1
Modelos sem os itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18								
Um só factor	.822	.889	.072	.098[(2)]	756.517	54		
Dois factores correlacionados	.958	.973	.031	.048[(2)]	219,117	53	537.4	1

[(1)]Gl = graus de liberdade
[(2)] p<.10

Como se pode observar nas tabelas VI e VII, o modelo que melhor se ajusta aos dados, quer na amostra do 7º e 8º ano quer na amostra do 9º ao 12º ano, é o modelo de dois factores correlacionados, sem os itens considerados problemáticos após a primeira análise (itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18). A correlação entre os dois factores situou-se entre r = -. 374 e r = -. 462.

Nas tabelas VIII e IX podem ser observados os valores de ajustamento local dos modelos; variância do factor explicada por cada um dos itens que o compõem (R^2) e variância residual de cada item, em cada uma das amostras, nos modelos sem os itens 1, 5,14, 15, 16, 17 e 18.

Tabela VIII - *Quadro dos índices de ajustamento local (valores estandardizados) do modelo a dois factores, na amostra do 7º e 8º anos de escolaridade (n = 546).*

Variáveis	factor	Valor de v[(1)]	Valor de e[(2)]	$R^{2\,(3)}$
V2(item2)	NOS1	.745	.668	.554
V13 (item13)	NOS1	.660	.751	.435
V3 (item 3)	NOS1	.555	.832	.307
V6 (item 6)	NOS1	.600	.800	.360
V8 (item 8)	NOS1	.600	.800	.360
V10 (item 10)	NOS1	.602	.799	.362
V7 (item 7)	NOS2	.605	.797	.366
V9 (item 9)	NOS2	.606	.795	.367
V12 (item 12)	NOS2	.582	.813	.338
V11 (item 11)	NOS2	.538	.843	.289
V4 (item 4)	NOS2	.526	.851	.277
V19 (item 19)	NOS2	.518	.856	.268

[(1)] e [(3)] variância do factor explicada pelo item;
[(2)] variância residual do item

Tabela IX - *Quadro dos índices de ajustamento local (valores estandardizados) do modelo de dois factores, na amostra do 9º ao 12º anos de escolaridade (n = 1417).*

Variáveis	factor	Valor de v[(1)]	Valor de e[(2)]	$R^{2\,(3)}$
V2(item2)	NOS1	.680	.734	.462
V13 (item13)	NOS1	.738	.675	.545
V3 (item 3)	NOS1	.534	.845	.286
V6 (item 6)	NOS1	.668	.744	.446
V8 (item 8)	NOS1	.690	.724	.476
V10 (item 10)	NOS1	.490	.872	.240
V7 (item 7)	NOS2	.530	.848	.281
V9 (item 9)	NOS2	.621	.784	.385
V12 (item 12)	NOS2	.655	.755	.429
V11 (item 11)	NOS2	.471	.882	.222
V4 (item 4)	NOS2	.580	.815	.336
V19 (item 19)	NOS2	.507	.862	.258

[(1)] e [(3)] variância do factor explicada pelo item;
[(2)] variância residual do item

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo da consistência interna e análise em componentes principais da escala NOS, seguido do estudo da análise factorial confirmatória revelou que esta escala parece adequada para ser utilizada junto da população estudantil do 7º ao 12º ano de escolaridade, como uma escala que avalia a percepção e a confiança do sujeito acerca da eficácia do apoio social da rede de suporte social.

A correlação moderada entre as duas dimensões da escala NOS, permitem concluir que estamos em presença de duas dimensões que captam diferentes realidades do mesmo constructo. Tratando-se da crença na eficácia do suporte proporcionado pela rede social, é possível afirmar que uma das dimensões (que se designou simplesmente NOS1-AEAS) avalia a percepção de que os amigos e outros em geral podem ajudar a pessoa na resolução dos problemas. Quanto à segunda dimensão (aqui designada NOS2-DEAS) avalia uma certa desilusão e desconfiança nos outros enquanto recurso social eficaz na resolução de problemas.

Coloca-se a questão: será que faz sentido pensar que o sujeito possa ter, simultaneamente, aceitação na eficácia do apoio social e descrença na eficácia do apoio social? É possível que a mesma pessoa possa admitir já ter sido apoiada na resolução de alguns dos seus problemas por um amigo ou mesmo por outras pessoas mas que, ainda assim, mantenha alguma desconfiança na capacidade dos outros em ajudá-la ou apoiá-la, relativizando deste modo a eficácia dos outros como recurso de suporte social.

Como as duas dimensões se revelaram negativamente correlacionadas, espera-se que a mesma pessoa não apresente, em simultâneo, valores elevados em ambas as dimensões da escala NOS.

Finalmente, apesar do ajustamento global da escala NOS nos modelos escolhidos permitir admitir a sua utilização com dois factores, é importante referir que os índices de ajustamento local revelam alguns problemas. Na verdade, a formulação dos itens, sobretudo na dimensão NOS1 é pouco homogénea, apelando quer para os amigos, quer para outros de forma geral, e fazendo referência tanto a “conselhos”, como a “problemas”, ou a “segredos”, relativamente ao tipo de apoio que é esperado. Na dimensão NOS2, embora a referência genérica seja a “problemas”, quanto ao tipo de apoio que é esperado, a formulação “os outros” ou “as pessoas”, de forma genérica ou impessoal, não ajuda a perceber a que outros ou pessoas o sujeito faz apelo na resposta aos itens. Em certa medida, é de esperar que o indivíduo possa desconfiar dos conselhos ou propósitos dos outros em geral no apoio que lhe proporcionam, mas confiar no apoio

do amigo íntimo ou da família. Deste modo, este instrumento poderia beneficiar, numa eventual reformulação, da percepção da eficácia do apoio social diferenciada, de acordo com os diferentes membros da rede de suporte social - amigos, família, professores e outros em geral, assim como diversificar a crença na eficácia do apoio social em termos de tipo de apoio que é esperado, isto é, apoio prático/material, emocional, conselhos, profissional, entre outros.

O estudo da AFC da escala NOS permitiu verificar, tal como havia sido observado, de forma exploratória, com a ACP, que a estrutura que melhor se ajusta aos dados é a estrutura bifactorial, com os dois factores correlacionados. No entanto, são necessários mais estudos, não só para validar a estrutura bi-factorial encontrada, mas também para observar a associação de cada uma das dimensões com constructos psicológicos concorrentes. A AFC, sendo uma técnica exigente quanto às características e qualidades psicométricas de uma escala, permite concluir que a NOS pode ser utilizada como uma escala bifactorial. No entanto, esta conclusão só fará sentido após proceder ao estudo da invariância estrutural da escala, isto é, após testar a estrutura factorial obtida com as amostras aqui estudadas noutras amostras da população. Além disso, porque o melhor modelo factorial parece ser aquele em que foram eliminados alguns itens, considerados problemáticos, propõe-se um novo estudo factorial, quer do instrumento inicial de 19 factores quer do instrumento resultante, ou seja, com seis itens no factor/dimensão NOS1 e seis itens na dimensão NOS2.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Cristina Antunes
Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD
Lugar do Tojal, 5000-232 LORDELO VRL
mantunes@utad.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, C., (1994). *O apoio social e o conceito de si próprio na adolescência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Antunes, C., & Fontaine, A. M. (1994/95). Diferenças na percepção de apoio social na adolescência: Adaptação de uma escala - "Social Support Appraisals" (SS-A) de Vaux *et al*. (1988). *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 115-127.

Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1996). Relação entre o conceito de si próprio e a percepção de apoio social na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 81-92.

Antunes, C. & Fontaine, A.M (2006). Percepção de apoio social na adolescência: Análise factorial confirmatória da escala social support appraisals. *Paidéia,* 15 (32), 355-366.

Arbuckle, J. L. (1997). *Amos Users' Guide: Version 3.6*. Chicago: Small Waters Corporation.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.

Bentler, P. M. (1995). *EQS: Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.

Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.

Bentler, P. M., & Weeks, D. G. (1980). Linear structural equation with latent variables. *Psychometrika, 45, 289-308.*

Byrne, B. (1989). *A primer of LISREL. Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer Verlag.

Giles, D. C. (2002). *Advanced research methods in psychology*. NY: Routledge.

Heller, K., Swindle, R., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 466-470.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1983). *Lisrel VI: User's reference Guide*. Mooresville, IN: Scientific Software.

Maia, J. A. R. (1996). Um discurso metodológico em torno da validade de constructo: Posições de um lisrelita. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. S. Gonçalves, C. Machado & M. R. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (Vol. IV, pp. 43-50). Braga: APPORT.

Marsh, H. W., & Hocevar, D. (1985). The application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First and higher order factor structures and their invariance across age groups. *Psychological Bulletin*, 97, 562-582.

Tolsdorf ,C. C.(1976). Social networks, support and coping: An exploratory study. *Family Process*, 15, 407-417.

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, N. Y.: LEA.

Vaux, A., Philips, J., Holly, L., Thompson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14, 195-220.

Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and interventions.* New York: Praeger.

Vaux, A.; Burda, P. Jr.; & Stewart, D. (1986). Orientation towards utilizing support resources. *Journal of Community Psychology*, 14, 159-170.

ANEXO

Itens da escala NOS divididos pelas duas dimensões consideradas após análise em componentes principais e análise factorial confirmatória.

NOS1 –(AEAS) Aceitação da eficácia do apoio social

Itens
1 – Às vezes é preciso falar com alguém acerca dos nossos problemas (*).
2 – Os amigos, por vezes, dão-nos bons conselhos.
3 – É frequente as outras pessoas darem-me bons conselhos.
5 – Tenho facilidade em falar acerca dos meus problemas pessoais(*).
6 – Os meus amigos já me ajudaram bastante em problemas meus.
8 – Quando uma pessoa tem um problema devia falar disso com um amigo.
10 – Toda a gente tem alguém em quem pode confiar um segredo pessoal.
13 – Quando estamos aborrecidos com alguma coisa, ajuda imenso contar a um amigo o que se passa.
15 – É fácil saber em quem se pode confiar e em quem não se pode(*).
17 – Não há mal nenhum em pedir favores aos outros(*).

NOS2 – (DEAS) Descrédito na eficácia do apoio social

Item
4 – As pessoas deviam guardar os seus problemas para si próprias.
7 – Não se pode confiar nas pessoas para guardar segredos.
9 – Os outros não compreendem os meus problemas.
11 – Se eu não posso resolver os meus problemas sozinho, mais ninguém pode.
12 – Nunca achei que as opiniões dos outros me ajudassem a resolver os meus problemas.
14 – Algumas coisas são demasiado pessoais para se contar a quem quer que seja (*).
16 – Já fui traído por pessoas em quem confiava(*).
18 – Se confiarmos aos outros os nossos problemas, eles são capazes de vir a aproveitar-se disso para mais tarde nos prejudicarem(*).
19 – Mesmo que precisasse de um favor de alguém seria incapaz de lho pedir.

(*) itens excluídos num dos modelos testados na análise factorial confirmatória.

APOIO E REDE SOCIAL EM ENFERMAGEM FAMILIAR: REVENDO CONCEITOS

Iara Cristina da Silva Pedro[1]
Semiramis Melani Melo Rocha[2]
Lucila Castanheira Nascimento[3]

Os conceitos sobre apoio e rede social se configuram como recursos aplicáveis à Enfermagem Familiar, uma vez que seus objetivos visam aprimorar a qualidade de vida das famílias e, ainda, promover, fortalecer e manter seu bem-estar. O objetivo deste estudo foi refletir sobre os principais conceitos de rede e apoio social, relacionando-os à Enfermagem Familiar para sua aplicação na pesquisa e na prática de enfermagem. Conclui-se que falta consenso sobre esses conceitos e há necessidade de mais critérios ao empregá-los. O pesquisador, ao utilizar a Enfermagem Familiar, deve selecionar, na literatura, os conceitos de rede e de apoio social mais relevantes para se atingirem os objetivos propostos.

DESCRITORES: apoio social; enfermagem familiar; formação de conceito

SOCIAL SUPPORT AND SOCIAL NETWORK IN FAMILY NURSING: REVIEWING CONCEPTS

Social support and social network concepts are resources applicable to Family Nursing, as they are aimed at improving families' quality of life, and also at promoting, strengthening and maintaining their well-being. This study aimed to reflect on the main social network and social support concepts, relating them with Family Nursing, with a view to their application in nursing research and practice. We conclude that there is a lack of consensus about these concepts and that further criteria are needed for their use. In using Family Nursing, researchers must select the most relevant social network and social support concepts in literature to achieve the proposed objectives.

DESCRIPTORS: social support; family nursing; concept formation

RED Y APOYO SOCIAL EN ENFERMERÍA FAMILIAR: REVISIÓN DE CONCEPTOS

Los conceptos sobre red y apoyo social se constituyen en recursos aplicados en Enfermería Familiar, considerando que su finalidad es mejorar la calidad de vida de las familias, así como promover, fortalecer y mantener su bienestar. El objetivo del estudio fue reflexionar con respecto a los principales conceptos sobre red y apoyo social, los cuales se relacionan con Enfermería Familiar dentro de la investigación y práctica de enfermería. Se concluye que la falta de un consenso sobre estos conceptos, genera la necesidad de utilizar más criterios para su aplicación. Cuando se trabaja con Enfermería Familiar, el investigador debe seleccionar en la bibliografía los conceptos de red y de apoyo social más importante, para alcanzar los objetivos propuestos.

DESCRIPTORES: apoyo social; enfermería de la familia; formación de concepto

[1] Enfermeira, Mestranda, e-mail: iara_eerp@yahoo.com.br; [2] Professor Titular Aposentado, e-mail: smmrocha@eerp.usp.br; [3] Professor Doutor, e-mail: lucila@eerp.usp.br. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil

A Enfermagem Familiar, ou *Family Nursing,* fundamentada em Promoção de Saúde[1], tem como objetivo estudar famílias com a proposta de aprimorar sua qualidade de vida. Para tanto, trabalha com diversos conceitos que ajudam na compreensão da família tais como comunicação, espiritualidade, religião, papéis, entre outros, mas, neste estudo, focalizar-se-á apenas os conceitos de rede e apoio social. O referencial teórico é o resultado de um conjunto de conceitos que se entrelaçam e constroem representação da família que possibilita ao pesquisador aproximar-se do empírico.

Este ensaio teórico, aqui apresentado, resulta de estudos de um grupo de pesquisa que vem aprofundando, através da pesquisa e prática, a compreensão sobre a Enfermagem Familiar[2-3]. Ao longo dos trabalhos realizados, sentiu-se a necessidade de aprimorar a definição de rede e apoio social, considerando que a literatura que trabalha com Enfermagem Familiar, embora rica, não é precisa em sua conceituação. Essa lacuna justifica o objetivo, que é realizar reflexão sobre os conceitos de rede e apoio social, relacionando-os à Enfermagem Familiar, para sua aplicação na pesquisa e prática de enfermagem. O ensaio teórico tem como fundamentos a exposição lógica e reflexiva, além da argumentação minuciosa, com elevado grau de interpretação e julgamento pessoal[4].

REVENDO CONCEITOS

Há uma série de definições de apoio social que podem ser encontradas na literatura, as quais derivam de estudos qualitativos ou quantitativos. Em um estudo de revisão bibliográfica[5], o autor elaborou um amplo conceito de apoio social com a finalidade de abranger sua complexidade e verificar sua utilidade na pesquisa. Apoio social foi considerado um termo temporal, ou seja, seu significado e significância podem variar com o curso de vida; requer a existência de relações sociais que variam de acordo com a estrutura, força, tipo e algumas condições, tais como reciprocidade, acessibilidade e confiança; as relações sociais provêm recursos emocionais, de inclusão, materiais, cognitivos, dentre outros; os laços sociais podem fazer com que o indivíduo se afaste um pouco do foco do seu problema; a provisão de informação é inerente a todos os recursos de apoio; as interações podem ocorrer de maneira intencional ou não e são capazes de ter impacto positivo ou negativo, sendo que o impacto é influenciado pelo reconhecimento das necessidades individuais e o modo como o apoio é percebido depende de características de quem oferece e recebe o apoio[5]. De forma mais sintética, apoio social pode ser definido como "qualquer informação, falada, ou não, ou auxílio material oferecidos por grupos ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que o recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas"[6].

Há autores que optam por utilizar categorias de apoio social, tais como apoio de reforço, emocional, informativo e instrumental[7-8]. O apoio de reforço refere-se às expressões e sentimentos de reconhecimento; o emocional, ao afeto, amor, empatia, respeito; o informativo está relacionado às sugestões, informações, conselhos e opiniões; e o instrumental, ao auxílio financeiro, tempo dedicado e disponibilização de recursos, bens, e serviços[7-8]. Por outro lado, apoio social pode ser representado por apenas dois grandes tipos: emocional e instrumental[9].

Em outro estudo de revisão bibliográfica[9], o apoio social foi analisado em sua complexidade e qualificado, além dos tipos, em atributos e antecedentes[9], o que permite maior fundamentação dos estudos que utilizam esse conceito aplicado à Enfermagem Familiar. Atributos são características que permanecem consistentes através dos tipos, enquanto os tipos são, inerentemente, diferentes um do outro. Exemplos de atributos: informação, apoio social como um processo interpessoal[6,9] e influência do contexto[5,9]. Antecedentes são condições pré-estabelecidas no início do apoio social como, por exemplo, acontecer circunstâncias favoráveis à ocorrência do apoio ou o receptor reconhecer e aceitar que precisa de assistência[9]. Há também estudos[10-11] que se preocupam com mensuração quantitativa do apoio social, com destaque para a avaliação de escalas, enfatizando o uso de conceitos bem definidos com relação ao seu conteúdo, escores, validade e confiabilidade[12].

É importante distinguir apoio social de rede social, pois são conceitos interligados, porém, com diferenças entre si. A rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional ligada a um indivíduo. São

exemplos de rede a vizinhança, as organizações religiosas, o sistema de saúde e o escolar[7]. O apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros dessa rede social, efetivamente importantes para as famílias. Rede social é uma teia de relações que liga os diversos indivíduos que possuem vínculos sociais, propiciando que os recursos de apoio fluam através desses vínculos[12]. As dimensões que compõem a rede social são: tamanho (número de pessoas com as quais se tem contato social); dispersão geográfica (quanto maior a proximidade, maior a probabilidade de contato); força das ligações (grau de intimidade, reciprocidade, expectativas de duração e disponibilidade, intensidade emocional); densidade e integração dos contatos (quantidade de pessoas próximas); composição e homogeneidade dos membros (grau de semelhança entre indivíduos tais como: idade, condição socioeconômica e outros); simetria (grau de reciprocidade dos relacionamentos); enraizamento social (identificação do indivíduo com seu meio)[7,12].

APOIO SOCIAL: RECURSO APLICÁVEL À ENFERMAGEM FAMILIAR

Através do leque de definições expostas, é possível perceber que. apesar de ser muito estudado, não há consenso entre pesquisadores a respeito do conceito apoio social, provavelmente, por ser multifacetado, de difícil definição e mensuração[13]. É ingênuo pensar que um conceito pode ser desenvolvido a ponto de poder ser aplicado utilmente a todas as situações[5]. Por ser um termo muito complexo, faz-se necessário que os pesquisadores tenham mais critérios ao utilizá-lo. Já existem diversos estudos que se dedicaram à sua definição e, por isso, deve-se ter cuidado ao empregá-lo, para que não o minimize a apenas um sinônimo de algum tipo de ajuda.

É essencial levar em consideração o contexto do desenvolvimento do estudo, para que a abordagem do apoio social não perca sua devida importância. É preciso coerência entre o objeto de estudo, referencial teórico e método a ser desenvolvido, seja quantitativo ou qualitativo. Cada pesquisador tem a tarefa de descobrir quais aspectos são importantes para que as definições possam ser utilizadas, seja no espaço acadêmico, na pesquisa, intervenção e prática[5]. Pesquisadores desse tema têm alertado sobre a inconsistência do estudo quando o conceito de apoio social é utilizado de maneira simplista ou errônea[5,9,12-14].

O conceito de apoio social faz parte de vários referenciais teóricos e modelos de prática. O pesquisador, ao utilizar a Enfermagem Familiar, deve selecionar, na literatura, os conceitos de rede e apoio social que abranjam os aspectos relevantes para os objetivos a serem atingidos. A Enfermagem Familiar tem como pressuposto o cuidado à família em seu contexto cultural e em suas diversidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais. O cuidado visa a promoção da saúde da família, fortalecendo seus mecanismos de enfrentamento, conferindo autonomia por meio do esclarecimento e proporcionando bem-estar, qualidade de vida não idealizada, porém, dentro das suas condições de existência. Dessa forma, o conceito de apoio social deve ser trabalhado pelo pesquisador e não baseado em uma definição pré-existente, nem tampouco numa definição tão ampla que tente contemplar toda a literatura sobre o assunto. Ao construir os passos que compõem o método de investigação, é necessário detalhar os atributos do apoio social, identificando necessidades, disponibilidades, indicadores de rede e apoio, situação social e resultados esperados, para que seja possível compreender os anseios de apoio que as famílias necessitam e realizar a promoção da saúde de forma adequada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bomar PJ. Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders; 2004.

2. Simpionato E. A enfermagem familiar na promoção da saúde de famílias de crianças com insuficiência renal crônica. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

3. Dias J. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: rede, apoio social e papéis na família. [dissertação]. Franca (SP): Universidade de Franca; 2006.

4. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 22ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.

5. Williams P, Barclay L, Schmied V. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. Qual Health Res 2004 setembro; 14(7):942-60.

6. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saúde Pública 1999; 15(2):7-14.

7. Bullock K. Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: Bomar PJ. Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders; 2004.

8. House JS. Work, stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981.
9. Finfgeld-Coneet D. Clarification of social support. J Nurs Scholarsh 2005; 37(1):4-9.
10. Moraes TPR, Dantas RAS. Evaluation of social support among surgical cardiac patients: support for nursing care planning. Rev Latino-am Enfermagem 2007 março-abril; 15(2):323-9.
11. Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. Rev Latino-am Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5):675-81.
12. Bowling A. Measuring social netwoks and social suport. In: Bowling A. Measuring health. A review of quality of life measurement scales. 2ª ed. Philadelphia: Open University Press; 2003.
13. Hupcey JE. Clarifying the social support theory-research linkage. J Adv Nurs 1998; 27:1231-421.
14. Hegyvary ST. Editorial clarifying social support. J Nurs Scholarsh 2005; 37(1):287.

Recebido em: 7.2.2007
Aprovado em: 1.12.2007

Revista Brasileira de Enfermagem
REBEn

REVISÃO

Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções

Social support to the family of the cancer patient: identifying ways and directions

Apoyo social a la familia del paciente con cáncer: identificando caminos y cursos

Keila de Oliveira Lisboa Sanchez[I], Noeli Marchioro Liston Andrade Ferreira[I], Giselle Dupas[I], Danielli Boer Costa[I]

[I]Universidade Federal de São Carlos. Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação. São Carlos, SP

Submissão: 29/01/2009 **Aprovação:** 10/03/2010

RESUMO

Rede e apoio social são recursos que enfermeiros podem oferecer às famílias. Esta revisão identifica que aspectos estão sendo pesquisados sobre apoio social à família do doente com câncer. Localizaram-se 51 artigos, sendo 70% de metodologia quantitativa e 26% publicados nos dois últimos anos. Os temas abordados foram: Cuidador familiar como provedor de apoio social; Fatores que interferem no apoio social; Religiosidade como apoio social e o apoio social proveniente de programas educativos, atividades grupais e recursos tecnológicos. Dos artigos, 49% foram escritos por enfermeiros, sendo a ênfase internacional para avaliação das necessidades, experiências das famílias e apoios oferecidos, enquanto que os artigos nacionais enfatizavam a definição de conceitos e identificação das necessidades das famílias visando ao planejamento de intervenções.

Descritores: Família; Apoio social; Neoplasia; Enfermagem.

ABSTRACT

Network and social support are resources that nursing can offer to families. This review identifies which aspects of social support are being investigated for the family of the cancer patient. Fifty one articles were found of which 70% were quantitative research and 26% were published in the last two years. The issues addressed were: Family caregivers as provider of social support; Factors that interfere with social support; Religiosity as social support as well as support coming from educative programs, group activity and technological resources. Of these papers, 49% were written by nurses, with international emphasis on needs assessment, family experiences and support offered, while national articles emphasize definition concepts and identifying family needs focusing on intervention planning.

Key words: Family; Social Support; Neoplasms; Nursing.

RESUMEN

Rede y apoyo social son recursos que la enfermería puede ofrecer para las familias. Esta revisión identifica que aspectos están siendo pesquisados sobre el apoyo social a la familia del enfermo con cáncer. Se ha localizado 51 artículos siendo 70% de los trabajos fue para pesquisa cuantitativa y 26% fueron publicados en los dos últimos años. Los temas abordados: Los cuidadores familiares como proveedor de apoyo social; Factores que interfieren en el apoyo social; Religiosidad como apoyo social y apoyo social de los programas educativos, actividades grupales y recursos tecnológicos. De los artículos, 49% fueron escritos por las enfermeras, la atención internacional para la evaluación de las necesidades, experiencias de la familia y ofreció su apoyo, mientras que los artículos nacionales hacen hincapié en la definición de los conceptos y la identificación de las necesidades de las familias a la planificación de las intervenciones.

Descriptores: Familia; Apoyo Social; Neoplasia; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE Keila de Oliveira Lisboa Sanchez. Av. 5A,1105. Jd. Vila Bela. CEP 13506-795. Rio Claro- SP
E-mail: keilalsanchez@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Mudanças no sistema de cuidado à saúde têm ocorrido com o objetivo de transferir os doentes com doenças crônicas avançadas do cuidado hospitalar para o cuidado ambulatorial ou domiciliar. Aumentando a responsabilidade familiar com o cuidado do membro doente. A família pode não estar preparada para assumir o cuidado, necessitando ser informada sobre a doença e o tratamento, além de receber instrução sobre habilidades técnicas para cuidar no domicílio. A rede e o apoio social são recursos que a equipe de enfermagem pode oferecer para melhoria da qualidade de vida das famílias, promovendo, fortalecendo e mantendo o bem-estar das pessoas[1-2].

Embora interligados há diferenças entre os conceitos de apoio social e de rede social[3]. Rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional associada a um indivíduo como: vizinhança, organizações religiosas, sistema de saúde e escola. Apoio social possui dimensão individual, sendo constituído pelos membros da rede social que são efetivamente importantes para a pessoa[3-4].

Rede social pode ser entendida como uma "teia de relações" que interligam os indivíduos que possuem vínculos sociais entre si, permitindo que os recursos de apoio fluam através desses vínculos, enquanto que apoio social possui a dimensão informativa ou de recursos fornecidos por membros da rede gerando efeitos físicos, emocionais e comportamentais benéficos[1].

O apoio social envolve relações de troca, as quais implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua que podem contribuir para criar sensação de coerência e controle da vida, o que beneficiaria o estado de saúde das pessoas[5].

A disponibilidade de certos recursos materiais, sociais e psicológicos pode ter um papel crucial na decisão do familiar tanto em relação à continuidade do cuidado em casa, quanto à efetividade do resultado. Assim, conhecer as necessidades de apoio apontadas por famílias de doentes oncológicos e as formas de apoio, intervenções e programas utilizados, auxilia na compreensão do tema e favorece o planejamento de ações adequadas às necessidades da clientela.

OBJETIVO

Identificar e analisar artigos publicados sobre apoio social e família do doente com câncer, sintetizando quais aspectos estão sendo estudados pelos pesquisadores.

METODOLOGIA

O trabalho utilizou a técnica de revisão bibliográfica seguindo o referencial metodológico de Salomon[6] que preconiza a realização sistematizada e coordenada de uma revisão dos dados empíricos sobre um tema a partir das bases de dados disponíveis. Na estratégia de busca optou-se pelas bases de dados: Cochrane Library, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), PubMed, EMBASE (Excerpta Médica Database), CINAHL (Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature), sendo incluída a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando como fatores de inclusão os artigos publicados no período de 1999 a 2008, nos idiomas inglês, espanhol e português, em forma de texto completo, que estavam disponíveis para acesso imediato, os demais foram excluídos da amostra. Para efeito de melhor busca em cada base de dados foram utilizados descritores de acordo com as especificações próprias. Em algumas bases de dados, o cruzamento dos descritores controlados, próprios de cada uma delas, não trazia o tema de interesse ou estava em número reduzido. Observou-se, por meio de busca não sistematizada, que os artigos que se adequavam aos objetivos dessa revisão foram indexados com outros descritores. Foram utilizados em cada base de dados os descritores que traziam maior número de artigos sobre o tema de interesse. Assim, na Cochrane foram utilizados os descritores neoplasms and family and social support; na base Embase: cancer and family and social support; na base LILACS: câncer e família; na biblioteca eletrônica SciELO: cancer and family and caregivers; na base PubMed: neoplasms and family and caregivers; na base Cinahl: neoplasms and caregivers and social support. O processo de extração de dados foi feito conjuntamente pelas autoras de forma a prevenir vieses.

Para análise do material encontrado foram seguidos os tópicos: compreensão de leitura, busca da idéia principal, elaboração de fichamento, crítica bibliográfica e documentação científica[6]. Com isso foram identificados nos artigos: origem, idioma, data de publicação, enfoque metodológico, clientela estudada e objetivo da pesquisa.

Os princípios éticos foram mantidos, respeitando-se os direitos autorais dos autores, mediante a citação de cada um deles.

RESULTADOS

Foram localizados 51 artigos, sendo 34 (66,67%) de língua inglesa e destes 14 (41,17%) escritos por enfermeiros. Dos 16 (31,37%) artigos brasileiros, 11 (68,75%) foram publicados por enfermeiros. Apenas um dos artigos foi escrito na língua espanhola (1,96%) por autores não enfermeiros. A ênfase metodológica adotada em 70,00% dos trabalhos foi para a pesquisa quantitativa e 26,00% foram publicados nos dois últimos anos.

Os temas abordados pelos artigos foram organizados em categorias e serão discutidos, são eles: Cuidador familiar como provedor de apoio social; Fatores que interferem no apoio social; Religiosidade como apoio social e O apoio social proveniente de programas educativos, atividades grupais e recursos tecnológicos.

Cuidador familiar como provedor de apoio social

É inquestionável a importância do cuidador na assistência à saúde do doente com câncer, oferecendo cuidados diretos (higiene, alimentação), ou apoio indireto (acompanhamento)[8]. O cuidador familiar, embora leigo, assume a responsabilidade pelas necessidades físicas e emocionais do outro que está incapacitado de se cuidar[9], acatando que cabe à família a responsabilidade de cuidar dos seus membros[8,10-11]. No entanto, para a equipe de saúde, o foco de atenção é o doente, cabendo aos cuidadores familiares apenas o papel de recursos em benefício daquele[12].

A família do doente com câncer é apontada como a principal fonte de apoio para o paciente[10] e o binômio paciente-cuidador considerado uma unidade de atenção, por ser um "invisível sistema de cuidado da saúde"[13], onde o câncer deve ser tratado como problema e questão familiar[14]. O cuidador pode ser o cônjuge,

outros membros familiares e amigos próximos que, participando ativamente, dão forma à experiência com a doença[15]. A preocupação com o cuidador familiar e a qualidade do cuidado prestado são essenciais, pois isso terá um efeito significativo nos custos tanto para o sistema de cuidado à saúde como para as famílias[16], já que o preparo do cuidador familiar leva a diminuição das demandas médicas e de custos com tratamento hospitalar[17].

Pesquisas apontam que 25% da população dos Estados Unidos proveem cuidados para algum membro familiar ou amigo com doença crônica terminal, gerando, muitas vezes, abandono do emprego e perda de renda[14,16,18].

A família cuidadora necessita de dois tipos de apoio social: o apoio emocional/instrumental (afeto, estima, companhia/aconselhamento, ajuda prática, ou auxílio financeiro) e o apoio diário focado na orientação de problemas[19]. O apoio social pode ser entendido como uma forma de ajuda para membros familiares aprenderem a priorizar e administrar os problemas e trabalhar colaborativamente com o sistema de cuidado à saúde[16]. Porém, há ausência de estratégias efetivas para orientar os membros familiares, apesar de muito já se ter estudado sobre a sobrecarga e a angústia deles. A maioria dos estudos aborda o início da doença, o tratamento e os cuidados paliativos, os estudos são ainda escassos sobre a doença crônica[16].

O cuidado de enfermagem compreensivo requer que cuidadores informais recebam apoio e educação apropriados e preconiza esforços no controle dos custos do tratamento, relação entre preparação e sobrecarga, programas e sistemas para oferecer ao cuidador apoio informacional[9].

As demandas de cuidado do doente no domicílio podem ser de cuidado direto: administração de medicação, cuidado de feridas e curativos, por exemplo; cuidado indireto como: obtenção de medicamentos, agendamento de consultas ou coordenação de cuidado; administração de sintomas e de conforto, com abordagens não farmacológicas e relato dos efeitos indiretos e efetividade do tratamento; necessidade de informação sobre a doença, tratamento, estratégias para resolução de problemas e recursos da comunidade[16]. O que mais preocupa o familiar é o cuidado, como manter o conforto, quando informar mudança nas condições e como lidar com equipamentos. A família também se preocupa em equilibrar as demandas de cuidados com as outras responsabilidades e quer saber o que o futuro reserva para ela e para o doente[16]. As situações que pedem atuação médica para ajudar a família do doente com câncer são: reconhecer as sobrecargas do cuidador familiar; adequar a comunicação; assistir com tomada de decisão; apoiar o cuidado domiciliar e ajudar o cuidador a reconhecer o luto. Para tanto, é preciso conhecer melhor a situação de cuidador, implantando e adequando medidas administrativas e técnicas compatíveis com a realidade. Responder as perguntas: Quem é o cuidador? Que atributos trazem para a experiência? Que impacto o diagnóstico teve na família? Qual a situação financeira? ajudará nesse processo[20-21].

A família é afetada pela doença, e a dinâmica familiar afeta o paciente. Depressão no paciente, por exemplo, prediz depressão no cuidador, e vice-versa[22]. O envolvimento prático e emocional das pessoas socialmente significantes na jornada do paciente com câncer através da doença afeta suas próprias vidas, às vezes de modo profundo[15], pois viver com o câncer envolve trabalho adaptativo ou acomodação para transtornos e mudanças na família[23].

Apesar do papel fundamental, os cuidadores não são reconhecidos como pessoas passando por processo doloroso e que precisam de ajuda, apoio e orientação[12]. Necessidades dos cuidadores podem ser descritas de acordo com os estressores: intrapessoais (incertezas) e extrapessoais (transporte e finanças). Eles definem suas dificuldades como sendo: sobrecarga, necessidades pessoais e qualidade de vida[9,22].

Manifestando o desejo de manter a pessoa, o cuidador vivencia diferentes situações, entre elas: aprendizado sobre a doença e o cuidado; culpa relacionada ao cuidado, porque este demanda muita paciência; necessidade de obter forças externas, como a religiosidade, e relações de convívio[24-25].

O papel de cuidador da pessoa com câncer além de afetar sua saúde mental, causando: depressão, ansiedade, sobrecarga, conflito de papéis, incerteza, erosão nos relacionamentos, entre outros problemas, também afeta sua saúde física causando fadiga, declínio da saúde, falta de exercícios, nutrição precária e necessidade de medicamentos[12,16,18,19,25-26]. A origem dos problemas pode estar na sobrecarga física, emocional e econômica dos cuidadores familiares, levando muitos doentes a desejarem a própria morte por sentirem-se sobrecarga para a família[15,27]. Há forte relação entre saúde do cuidador e grau de sobrecarga, o que está relacionado ao nível de preparo do mesmo[9].

Cuidadores apontam que gostariam de mais assistência do sistema de saúde para ações específicas como o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor oncológica. O apoio de um sistema formal de cuidado ou de familiares é bem vindo, mas muitas vezes é uma coisa a mais para se administrar. Conseguir ajuda dos outros familiares pode ser difícil, se o cuidador não tem atividade remunerada[16]. Conhecer as medidas de suporte que protegem os cuidadores é de extrema importância, para amenizar os fatores de risco a que estes estão expostos[12,26], pois estudos revelaram alteração na saúde mental em 32% dos cuidadores de doentes com câncer, com sinais para uma condição psiquiátrica importante (13%) e/ou procura por serviços de saúde mental devido à preocupação com o familiar (25%)[18]. Esposas de pacientes com câncer apresentaram alto risco para desordens psiquiátricas, especialmente durante a fase terminal da doença[14]. A sobrecarga psicológica do cuidador de paciente com câncer avançado possibilitou o surgimento de síndrome do pânico, evidenciando a necessidade de intervenções efetivas para aumentar a comunicação entre profissionais de saúde e cuidadores sobre a necessidade de serviços em saúde mental[14,18].

"Tensão devido ao papel de cuidador" e "Risco para tensão devido ao papel de cuidador" foram os diagnósticos de enfermagem identificados em 50 cuidadores de crianças com câncer, pois devido à necessidade de tomada de decisões nas atividades da vida diária, são eles que sofrem desgastes[28].

Cuidadores de doentes com câncer descompensam com o tempo, esforçam-se para cuidar, assumir as tarefas domésticas, a família, as responsabilidades financeiras e suportar os danos, enquanto tentam suprir suas próprias necessidades e manter uma rotina familiar normal[29,30]. Sentem-se carentes de informação, possuem diferentes necessidades de acordo com a fase da doença, com as expectativas futuras e quanto ao cuidado[30].

Quando as famílias têm crianças pequenas ou têm pessoas idosas,

oferecer um apoio psicossocial mostra-se mais importante, pois no primeiro caso as famílias têm a vida transtornada e lutam para manter a rotina das crianças e da família o mais normal possível, e manter o otimismo[29], enquanto que pessoas cuidadoras com mais de 60 anos possuem mais risco de mortalidade, pois há uma tendência em desconsiderar o autocuidado levando à tensão emocional e mental associada ao papel de cuidador[18,26]. Fatores médicos e culturais, como família menor, participação no trabalho, diminuição dos dias de hospitalização e cobertura dos serviços de saúde em casa têm aumentado as responsabilidades da família com o familiar doente[17]. A atividade solitária e sem descanso dos cuidadores pode leva-los ao isolamento afetivo e social[17,21].

Destaque especial para a mulher cuidadora tem sido dado, uma vez que a prática de cuidar surge no âmbito domiciliário onde a família é reconhecida como a fonte de cuidado para os membros dependentes. A figura feminina é eleita para esse cuidado devido a parâmetros culturais já enraizados, que consideram o cuidar uma atribuição feminina natural, ou seja, tomar conta, tratar para garantir ou compensar as funções vitais de nascimento e morte[8,10,11]. A mulher cuidadora passa por dificuldades financeiras, exclusão social, isolamento afetivo e depressão[14,18,20,26].

Esposas de pacientes com câncer enfrentam demandas físicas, sociais e emocionais. As demandas físicas podem ir do aumento da fadiga à exaustão. As atividades sociais frequentemente são restringidas. Tanto a antecipação da morte quanto a perda podem levar à angústia psicológica, tornando-as vulneráveis à depressão antes e após a morte. A depressão é associada com prejuízo funcional, morbidade física e mortalidade e pode diminuir a qualidade do cuidado prestado a outro. Fatores que influenciam a depressão nos cônjuges: problemas conjugais e diminuição do nível de otimismo[31]. Fatores relacionados à angústia nas esposas incluem: baixa qualidade do casamento, empenho em evitar enfrentamento, incerteza sobre a doença e falta de apoio social. As esposas que buscam solução de problemas, procurando informação, comunicação aberta e reavaliação positiva para enfrentar as situações, apresentam menos angústia[32]. O aumento da fadiga e dos problemas urinários, nos pacientes, trouxe grande angústia e baixa qualidade de vida às esposas, sugerindo a necessidade de aumentar o acesso à informação para provedores de cuidado, direcionando as preocupações do casal e propiciando às esposas ajudar seus maridos oferecendo apoio para suportar a experiência do câncer[33].

Fatores que interferem no apoio social

Os fatores que influenciam o foco de apoio e a percepção da qualidade do apoio recebido pela família são: status socioeconômico, idade e gênero dos membros, cultura, religião, tipo de família e situação do estresse[34-35]. Os homens se beneficiam mais do apoio de pessoas próximas como a esposa, mas quando a pessoa doente é um filho pequeno, a mãe pode não conseguir dar o apoio necessário. No caso de pai com criança pequena, parece haver pouca utilização do apoio social, provavelmente pela necessidade de se ausentar do trabalho[34].

Cuidadores caracterizados como sendo mãe jovem, de baixa escolaridade, desempregada e sentindo-se doente, estão mais vulneráveis quando seu membro familiar tem diagnóstico recente de câncer de mama e ginecológico, é solteira, com baixa escolaridade e emprego informal[13].

Esposas relataram que seus maridos, portadores de câncer de próstata, experimentaram duradoura impotência ou incontinência, como resultado de receber tratamento, e que esses efeitos colaterais, pelo menos inicialmente, causaram transtorno na vida diária do casal. Também 18% dos homens tinham sequelas psicossociais, incluindo evitar intimidade sexual, ansiedade por perda do controle urinário em lugares públicos, senso de masculinidade prejudicado e sintomas depressivos[23].

A avaliação de adoecimento, de recursos, suportes e riscos para o sofrimento, nas fases da doença, diagnóstico, tratamento e cronicidade, demonstrou que as esposas tiveram menos habilidade em gerenciar a doença do que os pacientes e perceberam menos apoio através de todas as fases da doença, destacando a necessidade de programas de atenção e cuidados para a mulher cuidadora[36].

Algumas tarefas são influenciadas por normas culturais, incluindo as derivadas das tradições espirituais e religiosas. A família reproduz padrões culturais e usa estratégias particulares de adaptação frente aos seus papéis e funções. O cuidado geralmente é feito por uma mulher (cônjuge) devido à proximidade afetiva e "dom natural de cuidar do ambiente doméstico"; já os homens ocupam-se em fazer compras, deslocamentos e marcação de consultas[10]. Assim, mulheres imigrantes indianas, portadoras de câncer de mama, devido à doença estar relacionada ao corpo da mulher, recebem de filhas e noras os cuidados íntimos, como banho e massagem, enquanto que dos homens é esperado que sejam fortes e forneçam apoio emocional e prático. Nessa cultura alguns deixam seus empregos, suas vidas, sua pátria e até suas famílias, para cuidar de familiares doentes. Os membros familiares se unem para cozinhar, fazer compras, limpar e cuidar das crianças[11].

A religiosidade como apoio social

Na vigência da doença, a espiritualidade se apresenta como um apoio importante na construção dos significados da vida para a família. A religiosidade pode aumentar o apoio social, porque provê acesso às redes sociais e estabelece formas de assistência, como cuidado espiritual nas fases de angústia aguda. O suporte religioso inclui preces, procura de conforto de alguém da fé, obtenção de apoio de membros da igreja e está associado à melhor saúde mental, melhor adaptação psicológica dos pacientes e seus familiares com diminuição da depressão. Extremos níveis de religiosidade foram associados ao aumento da angústia, enquanto que níveis moderados foram associados à diminuição da depressão[23,25,31].

As tradições espirituais foram consideradas como visão individual e operadas como uma força cultural, desenvolvendo e sustentando a conexão com a comunidade e com grupos de reforço espiritual, provendo oportunidade de dar e receber apoio social. As mulheres chinesas que dividiam conhecimento sobre ervas medicinais consideraram cuidar de outros como um bem-estar pessoal, e ajudar os outros como parte de viver com fé e maturidade espiritual. Os profissionais de saúde precisam ganhar compreensão cultural apurada sobre recursos baseados na espiritualidade, usados em enfrentamento e adaptação para sobreviventes de câncer avançado[23].

A religiosidade representa uma influência potencial no bem-estar emocional dos cônjuges de doente com câncer que têm recebido escassa atenção[31] e aparece como recurso para a esposa

idosa adaptar-se à sobrevivência de longo-prazo do marido com câncer de próstata. Para adaptarem-se aos desafios, elas buscam um propósito e significado positivo na adversidade e contam com crenças e práticas espirituais para enfrentar as mudanças e alcançar qualidade de vida. A manutenção da crença e prática espiritual derivadas de uma religião organizada e a prática de orações, meditação, leitura inspiracional e participação em rituais e outras atividades fortalecem a conexão com o sagrado, a reflexão crítica orientada e a aceitação da situação de forma mais maleável[23]. Nesse sentido, buscando forças na religiosidade, o cuidador sente-se acolhido pela proteção de um ser superior que o acompanha e o ajuda a enfrentar os obstáculos[25].

O apoio social proveniente de programas educativos, atividades grupais e recursos tecnológicos

Os tipos de apoio que podem ser oferecidos são: instrumental, espiritual, psicossocial, informacional, emocional e físico[35] e devem estar relacionados a cada fase da doença e de acordo com cada perfil familiar, devendo ser direcionados de um modo sensitivo[17]. A falta de apoio social pode levar a internações desnecessárias[37].

Intervenções psicoeducacionais melhoram a habilidade de enfrentamento, diminuem a sobrecarga e aumentam a qualidade de vida do cuidador. Um Modelo Psicossocial que prepara profissionais para que possam responder efetivamente às necessidades dos cuidadores familiares, ensinando-os a cuidar do doente em casa, compõe-se de: criatividade para distrair o paciente em relação à dor; otimismo, planejamento e informação de especialista. A avaliação mostra aumento da qualidade de vida e diminuição da sobrecarga entre os familiares, pois prevê uma agenda de algumas horas por semana para o cuidador ter um tempo para o autocuidado e descansar. Além disso, a intervenção propicia a recuperação mais rápida da família após a morte do paciente[16,38]. Cuidadores manifestam preferências por programas para reduzir estresse, aprender técnicas de redução de estresse focadas no corpo, na mente e corpo e construção de habilidade de enfrentamento[39]. Programas de arte criativa para pacientes e família mostram redução do estresse, diminuem a ansiedade e aumentam emoções positivas[40], enquanto que programas educacionais e de apoio, baseados em grupos, proveem informação sobre doença e tratamento e ensinam habilidades de enfrentamento, satisfazendo as necessidades do doente com câncer, seus familiares e amigos. Um Programa Australiano de educação e apoio para pacientes com câncer, familiares e amigos feito em seis sessões educacionais de 90 minutos semanais, mostrou melhora do nível de ansiedade, conhecimento relacionado à doença e senso de significado em suas vidas, com alta satisfação por parte dos participantes[41-42].

Modelos de cuidado centrados na família podem ser apoios promissores para mulheres com câncer de mama em tratamento[11]. Esse modelo envolve a família no cuidado e provê recursos para apoiar membros familiares, considerando o impacto psicológico e social do câncer na família. Oferece apoio assegurando informação e recursos para prótese de mama, peruca e sutiã para as pacientes.

Organizações beneficentes oferecem apoio e cuidado compreensivo, que proveem esperança ao paciente e apoio ao cuidador. Em fóruns multidisciplinares, o cuidador familiar reflete sobre a importância das questões psicológicas enfrentadas pelo paciente, seus familiares e cuidadores e discute tipos de intervenção de apoio e o papel do grupo formal, facilitando o enfrentamento e redução da sensação de impotência. O doente é encorajado a identificar seus próprios recursos para adaptação positiva e a procurar desenvolver um papel ativo com a doença. São oferecidas aulas e sessões de: yoga, terapia mente-corpo, relaxamento, hipnoterapia, orientação, nutrição e tratamentos complementares visando a promover bem-estar físico e apoio psicológico e social[43].

O Modelo de Sistema de Doença na Família[44], desenvolvido por universidades americanas, oferece auxílio nos desafios e torna a pressão mais gerenciável, atendendo as demandas psicossociais. Ele é baseado na perspectiva de esforço orientado, tendo os relacionamentos familiares como recurso potencial e enfatizando as possibilidades de adaptação e crescimento, e não apenas suas responsabilidades e riscos. Para isso as famílias precisam aprender os padrões e demandas, ganhar um conhecimento sistêmico sobre eles e apreciação do curso de vida da família, do casal e dos indivíduos. As famílias precisam entender os legados e crenças que guiam a construção dos significados sobre os problemas de saúde e sua relação com o sistema de cuidado e provedores de cuidado à saúde.

A criação de uma central de informação sobre a assistência domiciliar pode oferecer suporte 24 horas, por telefone, internet e outros meios de comunicação à distância com: treinamento do responsável pelos cuidados; utilização de tecnologia de apoio na realização dos cuidados ao paciente, visando à sua independência total ou parcial e redução do desgaste físico do responsável pelo cuidado; apoio psicológico aos cuidadores como meio de alívio ao estresse, ansiedades, frustrações, revoltas, culpas e esgotamento físico e mental; suporte no ambiente domiciliar, no sentido de promover o mais rapidamente possível a condição funcional do doente[45].

Outro modelo de intervenção busca prover uma estrutura baseada no poder de recuperação, usando linguagem comum que facilite a solução de problemas e que contribua para a qualidade de vida dos familiares do doente com câncer. São trabalhadas as questões: acalmando e evitando o desgaste físico e mental; minimizando relacionamento distorcido e enviesado entre pacientes e familiares; sustentando autonomia; preservando e redefinindo o desenvolvimento individual e familiar, dentro das restrições da doença e sustentando a união diante das perdas para enfrentar as questões de separação, morte, luto e reorganização depois da perda[44].

O familiar cuidador despreparado e com pouca afinidade com o paciente, pode se beneficiar de treinamento adicional e do trabalho social, que encaminha a família à psicoterapia de apoio[45-46] e breve intervenção psicológica com familiares de crianças com câncer, recém-diagnosticadas[47], direciona as necessidades da família em um momento crítico e provê intervenção com abordagem cognitivo-comportamental em terapia familiar. Há um assistente social designado para atender cada família em um encontro inicial e prover recursos e informação suplementar sobre o diagnóstico e tratamento, oferecendo apoio por serviços especializados em crianças, incluindo médico, psicólogos e educação, arte, musicoterapia, e assistência nos procedimentos. O objetivo é contribuir para a prevenção e redução de sintomas de stress pós-traumático em pais[47].

Os pacientes precisam sentir-se ativos e contribuintes para com

a família e a sociedade, seguindo seu desejo de luta para retornar ao trabalho e sustentar a família que é seu principal motivador para continuidade do tratamento. Os programas de reabilitação educativos, exercícios físicos e atividades voluntárias são muito importantes para a recuperação. Os pacientes requerem assistência emocional, legal, financeira e conselhos práticos para resolver seus problemas domésticos[48].

A internet tem sido largamente usada como recurso para acessar informação e apoio, embora as informações nem sempre sejam precisas e confiáveis. Um estudo revelou o uso desse recurso uma a duas vezes ao dia. O desenvolvimento de um protótipo utilizando a internet para comunicação família-provedor e família-família de cuidadores de crianças com câncer ofereceu uma abordagem inovadora para assistir cuidadores familiares no encontro de informações atuais e na necessidade de comunicação[49-50].

O uso do telefone para intervenções na saúde tem ganhado aceitação como método de busca por um número de grupos vulneráveis. Um programa desse tipo objetiva aumentar a habilidade do familiar no enfrentamento dos estressores que resultam da doença em um membro da família[51]. A consulta é feita por enfermeiras intervencionistas aos familiares de pacientes com câncer avançado, para saber suas principais preocupações. Os familiares se sentem confortados quando enfermeiras demonstram preocupação com o bem-estar do cuidador e reconhecem as dificuldades por eles experienciadas. Essas intervenções permitem identificar: peso da sobrecarga; sentimentos de angústia; maneiras de enfrentamento; bem-estar condicionado (à pessoa amada) e sentimentos de abandono pelos outros[51].

Uma instituição beneficente tem reconhecido a necessidade de ouvir cuidadores de pacientes com câncer oferecendo apoio e informação, além de conduzir várias atividades para consciência sobre a doença[52]. Em eventos para celebração das conquistas, familiares dos pacientes são encorajados a discutir suas necessidades. Algumas das dificuldades que eles incluem são: não compreender efeitos colaterais do tratamento; manter o trabalho de cuidador em tempo integral; o impacto de cuidar na vida social própria; não saber quem contatar para ajudar; estresse criado dentro da família (composto por dificuldades conjugais pré-existentes ou problemas de família).

Os elementos de apoio identificados por mães são: rede, esclarecimento sobre doença e tratamento, crença religiosa, família, equipe de saúde e amigos. O estreitamento das relações conjugais é um importante recurso para unir forças e cuidar dos filhos, além de dividir a sobrecarga vivida com a doença, proporcionando conforto aos familiares. Outro recurso utilizado para enfrentar a situação no convívio diário no hospital surge a partir das amizades criadas neste ambiente. De modo especial, a equidade, o profissionalismo, a dedicação e o carinho da equipe de saúde se revertem em mais um suporte[53].

A maioria dos estudos parte do pressuposto de que independentemente do programa de apoio adotado, a família deve participar do tratamento e receber suporte não apenas para aprender a cuidar do paciente, mas, sobretudo, para enfrentar, compreender e compartilhar a situação de doença e/ou deficiência, e conseguir lidar mais adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medo e aumento das responsabilidades[12].

Faz-se necessário planejar estratégias de enfrentamento em programas específicos como home care e cuidado paliativo. A recente redefinição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde incorpora, além da já preconizada busca de qualidade de vida dos familiares do paciente com doença avançada, o suporte a estes familiares no período de enfrentamento da doença e, se necessário, durante a fase de luto[26]. De uma maneira geral os autores apontam que a família avalia como sendo importante o apoio social recebido[19,34] e consideram que o apoio foi maior na fase do diagnóstico da doença, quando a angústia familiar estava em níveis altos, decrescendo com o passar do tempo, embora ainda fosse necessário[34].

Programa educativo adotado na Europa foi avaliado com alta satisfação pelos participantes, com utilidade e compreensão do material de aprendizado, aumento do conhecimento da doença e tratamento, diminuição da confusão e ansiedade, aumento da confiança e habilidades de enfrentamento[42].

Pais de crianças e adolescentes com câncer avaliaram os serviços de apoio[54-55] e apontaram satisfação com a equipe de saúde e de enfermagem, mas assinalam insatisfação com a falta de abordagem específica para a idade do filho e a forma do apoio emocional e informação recebida. Segundo alguns pais, o apoio psicossocial deve ser multidisciplinar e envolver todos os membros familiares, sendo importante quando bem dirigido e adaptado para crianças e família, guiado na visão holística, de acordo com a idade da criança e a fase da doença. As crianças precisam de suporte prático e rápido quanto à escola e informação sobre a doença e o tratamento[54].

Quando a criança está em um programa de cuidados paliativos os pais consideram a necessidade de os profissionais de saúde entender melhor esse tipo de cuidado e os fatores que contribuem para um relacionamento aberto, honesto e autêntico. O controle da progressão da doença na criança tem profundo efeito nas famílias que são afetadas emocional, psicológica e financeiramente alterando a estrutura e organização das mesmas, de forma permanente[55].

No programa de cuidados paliativos, a habilidade dos pais para enfrentar estressores pode depender do apoio disponível ao cuidado, considerado benéfico para a criança e familiares por encorajá-los a viver tão bem quanto possível. Inclusive o foco do apoio ao cuidado tem mudado de "criança morrendo" para "criança e família vivendo com câncer e futuro incerto". Os pais sugerem suporte informacional e emocional. Eles querem informações escritas para quando os profissionais não estiverem disponíveis e querem estar envolvidos nas tomadas de decisão. Também consideram importantes as estratégias de enfrentamento para o momento do diagnóstico e gostariam de ter profissionais disponíveis para responder a suas perguntas e encaminhá-los ao psicoterapeuta quando necessário[35]. Outros pais avaliam menor disponibilidade para o trabalho e consequente diminuição da renda familiar e aumento da demanda de ajuda nas tarefas do dia-a-dia, quando há presença de dor na criança com câncer, devido ao sofrimento que isso causa. Esse sofrimento aumenta principalmente quando há a percepção de que a equipe não leva a sério a dor de seu filho. Esses pais procuram apoio para seus problemas físicos, tais como: dificuldade para dormir, pesadelo, fadiga, entre outros. A busca pela religiosidade e o apoio de amigos, de grupos de pais de crianças com câncer, de outras crianças e crianças com câncer e de profissionais de saúde, principalmente da enfermagem, foi considerada de grande ajuda

para criar habilidade de enfrentamento[35]. A dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde foi relatada por pais de crianças com câncer, devido ao uso de termos técnicos na linguagem. Eles gostariam que a comunicação fosse inclusiva [35,55] e que suas crianças fossem incluídas nas tomadas de decisão, apesar de isso depender da idade delas, embora muitos pais sejam incapazes de reconhecer ou discutir o estágio terminal da doença da criança na presença da dela. Os pais veem o cuidado paliativo como a retirada do serviço de cuidado à saúde e dos profissionais (o começo do fim, ou substituição do conhecido pelo desconhecido). Consideram a experiência "pavorosa"[55]. A avaliação das estratégias de enfrentamento e de apoio adotadas pela criança e pelos pais, para lidar com o diagnóstico e tratamento, apontou que os pais que tiveram apoio de familiares souberam lidar melhor com o estresse psicológico, com questões financeiras e com mudanças de papéis advindas da doença[56].

Familiares e amigos são identificados como medidas de suporte essenciais[57] e frequentemente utilizados para ajudar nos cuidados ou mesmo ficar com os irmãos de crianças com câncer. Os pais apreciam o fato de o oncologista permitir o cuidado em casa, embora precisem pedir assistência de enfermagem para cuidados complexos com a criança. Eles não querem falsas esperanças que levem a desapontamentos e surpresas, eles querem gestos de gentileza do profissional. Desejam que o médico fale a verdade, mas com compaixão, deixando subentendido que a criança irá morrer, mas não dizendo abertamente. Eles valorizam a continuidade do cuidado de enfermagem e sentem conforto quando a enfermeira trata a criança como uma pessoa[55].

Pais de adolescentes com câncer associam a esperança com a qualidade de vida, pois a esperança os ajuda a direcionar o futuro e lidar com o sofrimento. A esperança é avaliada como um fator positivo que sustenta a vida, leva a aceitar a situação e ajuda os pais a sobreviverem à morte de filhos adolescentes[58]. Já foram considerados como incentivadores da esperança: a personalidade positiva do adolescente, a espiritualidade, a melhora do quadro clínico, a presença de bons profissionais, os bons recursos econômicos, o bom humor, o apoio de outros pais e a presença do animal de estimação. Foram considerados comprometedores da esperança: a deteriorização da saúde do adolescente, os aspectos negativos do tratamento, como a quimioterapia, a falta de condições econômicas e o abandono do filho por amigos e namorados[58].

Os pais percebem que a criança não responde ao tratamento antes do médico e apresentam reações de choque e descrença na tentativa de encontrar uma explicação para o inexplicável e desconhecido, ou reagem na tentativa de não demonstrar o sofrimento, fazendo uma suspensão da vida pessoal e de seus interesses ou, ainda, tendo senso de esperança, justaposto à incerteza e apreensão[23].

DISCUSSÃO

Em relação à metodologia utilizada, dos trabalhos encontrados, 70% aplicaram o método quantitativo. Ao primeiro olhar, podemos considerar este fato contraditório, pois estudo recente[59] comprova a tendência internacional da utilização do método de pesquisa qualitativo na área da enfermagem. Porém, encontramos nestes artigos autores de diversas áreas da saúde, e não somente enfermeiros, o que pode explicar esta aparente contradição.

A categoria Cuidador familiar como provedor de apoio social foi a que se apresentou mais rica em relação ao conteúdo produzido sobre o tema. Chama a atenção que na sua maioria os estudos são de origem estrangeira e enfocam a preocupação com o cuidador familiar e as conseqüências da sobrecarga que o cuidado de um doente com câncer traz. Esse também é um dos grandes problemas em nossa realidade brasileira visto que não há uma preocupação com o preparo instrumental da família para o cuidado no domicílio[60].

Os autores revelaram os Fatores que interferem no apoio social e baseados neste conhecimento, os enfermeiros podem planejar intervenções e facilitar o apoio desejado pela família. Estudiosos avaliam que o apoio social tem um papel importante na manutenção da saúde e na prevenção de doenças uma vez que conferem a pessoa mais satisfação com a vida e aumentando o bem estar subjetivo[61]. Assim, pode-se considerar que a redução ou ausência de apoio social, pode afetar o organismo, fazendo com que o indivíduo se torne mais suscetível ao estresse. Em momentos de muito estresse, o apoio social contribui para manter a saúde das pessoas, pois desempenha uma função mediadora[62].

Embora a categoria A religiosidade como apoio social não apresente muitos artigos publicados ela merece destaque por apresentar peculiaridades importantes relacionadas a dois aspectos. O primeiro tendo em vista uma das bases da assistência de enfermagem que preconiza o atendimento do ser humano como um todo dinâmico[63] e a outra relacionada a uma conecção importante entre o câncer e o Absoluto[64], isto porque, há sempre um questionamento em relação à finitude relacionada ao câncer e tudo que o homem não consegue explicação por meios lógicos acaba remetendo ao sagrado. Estudos apontam que tanto o doente como a família encontram na espiritualidade respostas para seus anseios e suporte para enfrentamento da doença[64].

Os artigos de enfermeiros provenientes de outros países dão ênfase para O apoio social proveniente de programas educativos, atividades grupais e recursos tecnológicos para a família do doente com câncer, além de avaliar as necessidades e experiências dessas famílias. Porém nos artigos de enfermeiros brasileiros há uma maior preocupação quanto à definição de conceitos e à identificação das necessidades das famílias do doente com câncer, visando ao planejamento de intervenções.

Devemos observar que a realidade brasileira difere da que se apresenta em outros países. No Brasil, somente em 1994, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), entendido como estratégia do modelo de atenção básica à saúde, onde a equipe de saúde da família é um dos pontos de atenção da rede horizontal do sistema municipal de saúde[65]. E é neste contexto, onde ainda vivemos um momento de mudanças, aprendendo cuidar da família, que os autores brasileiros vivenciam seus questionamentos e tentam compreender os conceitos relativos a estes cuidados. Enquanto em outros países, como Espanha e Canadá, há uma outra realidade, onde esse modelo assistencial na área da Saúde já está consolidado[66].

CONCLUSÃO

A tendência atual das políticas públicas é a da permanência dos

doentes para cuidado no domicílio, tanto nas doenças crônico-degenerativas, quanto nas situações de cuidados paliativos. Isso se deve, em parte, à preocupação com a redução dos custos decorrentes da assistência hospitalar, bem como à importância atribuída à estimulação de vínculos entre doente e família no ambiente domiciliar. As intervenções dos profissionais da saúde junto à família podem reduzir internações desnecessárias. As redes de apoio permitem a distribuição de recursos para famílias em situação de carência e a disseminação da noção de cidadania.

Grande parte dos pesquisadores identifica como medidas de suporte essenciais: a própria família do doente, os amigos, bem como os serviços de assistência social e de saúde que compõem uma rede de apoio. Segundo os autores, quando o suporte se dá de maneira precária, o cuidador vivencia uma intensificação do seu desgaste pessoal que, habitualmente, já cresce à medida que o agravo da saúde do doente se instala. Eles também assinalam preocupação com o cuidador familiar e com programas educacionais visando ao cuidado tanto do doente quanto do cuidador familiar.

A revisão realizada permitiu sintetizar o conhecimento disponível, de modo a auxiliar enfermeiros e outros profissionais de saúde no cuidado de pessoas com câncer e seus familiares. Houve a identificação de deficiência nas publicações nacionais relativas a intervenções, programas e recursos tecnológicos que podem ser oferecidos às famílias, apontando para a necessidade de incrementar pesquisas em nosso meio visando a subsidiar ações efetivas de apoio à família do doente com câncer.

REFERÊNCIAS

1. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar revendo conceitos. Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(2): 324-27.
2. Bocchi CSM, Angelo M. Between freedom and reclusion: social support as a quality-of-life component in the family caregiver-dependent person binomial. Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1): 15-23.
3. Bullock K. Family social support. Conceptual frameworks for nursing practice to promote and protect health. In: Bomar PJ. Promoting health in families. Applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia: Saunders; 2004, p.142-161
4. Pedro ICS, Galvão CM, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio social e famílias de crianças com câncer: revisão integrativa. Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(3): 477-83.
5. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2002;7(4): 925-34.
6. Salomon DV. Como fazer uma monografia: elementos de metodologia do trabalho científico. Belo Horizonte: Interlivros; 1973.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.
8. Souza LM , Wegner W, Gorini MIPC. Health education: a strategy of care for the lay caregiver. Rev Latino-am Enfermagem 2007;15(2): 337-43.
9. Scherbring M. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. Oncol Nurs Forum 2002; 29(6): 70-6.
10. Wanderbroocke ACNS. Cuidando de um familiar com câncer. Taking care of a family member with cancer. Rev Psicol Argumento 2005; 23(41): 17-23.
11. Balneaves LG, Bottorff J L,Grewal S K, Naidu P, Johnson J L, Howard A F. Family support of immigrant Punjabi women with breast cancer. Fam Community Health 2007;30(1): 16-28.
12. Beck ARM, Lopes MHBM. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade do cuidador. Rev Bras Enferm 2007; 60(6): 670-5.
13. Awadalla AW, Ohaeri JU, Gholoum A, Khalid AO, Hamad HM, Jacob. A Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancers and their family caregivers: a controlled study. BioMedCentral Cancer 2007; 7:102.
14. Akechi T, Akizuki N, Okamura M, Shimizu K, Oba A, Ito T, et al. Psychological distress experienced by families of cancer patients: preliminary findings from psychiatric consultation of a Cancer Center Hospital. J Clin Oncol 2006;36(5): 329-32.
15. Soothill K, Morris SM, Harman JC, Francis B, Thomas C, McIllmurray MB. Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs? Health and Social Care in the Community 2001;9(6): 464–75.
16. Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. CA Cancer J Clin 2001; 51(4): 213-31.
17. Zarit S H. Family care and burden at the end of life. Canadian Med Assoc J 2004; 170 (12).
18. Vanderwerker L C, Laff R E, Kadan-Lottick N S, McColl S, Prigerson H G. Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use Among Caregivers of Advanced Cancer Patients. J Clin Oncol 2005; 23 (28): 6899-907.
19. Nijboer C, Tempelaar R, Triemstra M, van den Bos GA, Sanderman R. The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. Cancer 2001;91(5):1029-39.
20. O'Mara A. Who's Taking Care of the Caregiver? J Clin Oncol 2005; 23(28): 6820-1.
21. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. Cad Saúde Pública 2006; 22(3):527-34.
22. Rezende VL, Derchain SM, Botega NJ, Vial DL. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais do cuidador de pacientes com câncer na fase terminal da doença. Rev Bras Cancerol 2005; 51(1):79-87.
23. Kaopua L S I, Gotay C C, Boehm P S. Spiritually Based Resources in Adaptation to Long-Term Prostate Cancer Survival: Perspectives of Elderly Wives. Health & Social Work 2007; 32(1): 29-39.
24. Barbieri AL, Machado AA, Figueiredo MAC. Estudo diferencial de crenças relativas aos cuidados domiciliares e à morte entre familiares de portadores de HIV/AIDS e Câncer. Psic. Saúde & Doenças 2005;6 (2):157-163.
25. Silva CAM, Acker JIBV. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. Rev Bras Enferm 2007;60(2):150-4.
26. Floriani CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. Rev Bras Cancerol 2004;50(4):341-45.
27. Ching NS. Self-perceived burden in palliative care. Hong Kong Soc Palliat Medicine 2007;3:22-26.

28. Beck ARM, Lopes MHBM. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. Rev Bras Enferm 2007;60(5):513-18.
29. Houldin A D. A qualitative study of caregivers' experiences with newly diagnosed advanced colorectal cancer. Oncol Nurs Forum 2007; 34(2):323-30.
30. Schubart JR, Kinzie MB, Farace E. Caring for the brain tumor patient: Family caregiver burden and unmet needs. Neuro-Oncol 2008;10(1):61-72.
31. Abernethy A D, Chang H T, Seidlitz L, Evinger J S, Duberstein PR. Religious Coping and Depression Among Spouses of People With Lung Cancer. Psychos 2002; 43:456-63.
32. Eton D T, Lepore S J, Helgeson V. Psychological distress in spouses of men treated for early-stage prostate carcinoma. Am Cancer Soc 2005; 103(11):2412-18.
33. Ko CM, Malcarne VL, Varni JW, Roesch SC, Banthia R, Greenbergs HL, et al. Problem-solving and distress in prostate cancer patients and their spousal caregivers. Sup Care Cancer 2005;13(6):367-74.
34. Hoekstra-Weebers J E H M, Jaspers JPC, Kamps W A, Klip E C. Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: A prospective longitudinal study. Journ Ped Psychol 2001; 26(4):225-35.
35. Kerr L M J, Harrison M B, Medves J, Tranmer J. Supportive care needs parents of children with cancer: transition from diagnosis to treatment. Oncol Nurs Forum 2004; 31(6):116-26.
36. Northouse L L, Mood D W, Montie J E, Sandler H M, Forman J D,Hussain M, et al. Living with prostate cancer: patients' and spouses' psychosocial status and quality of life. J Clin Oncol 2007; 25: 4171-77.
37. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual L, et al. Consensus document of the Spanish Society of Palliative Care (SECPAL) and the Spanish Society of Family and Community Medicine (sem FYC). Domiciliary care for the patient with cancer in terminal phase. Aten Primaria 2001;27(2):123-6.
38. McMillan SC, Small BJ, Weitzner M, Schonwetter R, Tittle M, Moody L, et al. Impact of coping skills intervention with family caregivers of hospice patients with cancer: a randomized clinical trial. Cancer 2006;106(1):214-22.
39. Swartz J J, Keir S T. Program preferences to reduce stress in caregivers of patients with brain tumors. Clin Journ Oncol Nurs 2007; 11(5): 723-7.
40. Fugate J. Art therapy with family caregivers of patients with cancer. Kent Nurs 2005; 53(4):14.
41. Todd K., Roberts S. Black C. The living with cancer education programme I.Development of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. Euro Journ Ca Care 2002;11(4):271–9.
42. Roberts S., Black C.Todd K. The Living with Cancer Education Programme. II. Evaluation of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. Euro Journ Cancer Care 2002; 11(4):280–9.
43. Penson RT, Talsania SH, Chabner BA, Lynch TJ. Help me help you: support groups in cancer therapy. Oncol 2004; 9(2):217-25.
44. Rolland JS. Cancer and the family: an integrative model. Cancer 2005; 104 (sup 11):2584-95.
45. 45- Rodrigues MR, Almeida RT. Papel do responsável pelos cuidados à saúde do paciente no domicílio- um estudo de caso. Acta Paul de Enferm 2005;18(1):20-4.
46. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. Oncol Nurs Forum 2008;35(1):49-56.
47. Kazak AE, Simms S, Alderfer MA, Rourke MT, Crump T, McClure K, et al. Feasibility and preliminary outcomes from a pilot study of a brief psychological intervention for families of children newly diagnosed with cancer. J Pediatr Psychol 2005; 30(8): 644-55.
48. Block KI. Cancer's Impact on Social Roles. Integr Cancer Ther 2008; 7(1); 3-4.
49. Lewis D, Gunawardena S, Harrison JH Jr, Cooper J, El Saadawi G. Caring Connection: developing an Internet resource for family caregivers of children with cancer. In: Annual Symposium Proceedings; 2005 oct 22-26; Washington (DC), U S A: Am Medic Info Assoc; 2005.p.1026
50. Lewis D, Cooper J, Gunawardena S. Caring Connection: Internet resources for family caregivers of children with cancer. In: Annual Symposium Proceedings; 2006 nov 11-15; Washington (DC), USA: Am Medic Info Assoc; 2006.p.1007.
51. Walsh SM, Estrada GB, Hogan N. Individual telephone support for family caregivers of seriously ill cancer patients. Medsurg Nurs 2004; 13(3): 181-9.
52. Taylor C. Supporting the carers of individuals affected by colorectal cancer. Brit Journ Nurs 2008; 17(4):226-30.
53. Beltrão MRLR, Vasconcelos MGL, Pontes CM, Albuquerque MC. Childhood cancer: maternal perceptions and strategies for coping with diagnosis. Câncer infantil: percepções maternas e estratégias de enfrentamento frente ao diagnóstico. J Ped 2007; 83 (6):562-66.
54. Mitchell W, Clarke S, Sloper P. Care and support needs of children and young people with cancer and their parents. Psycho-Oncol 2006; 15:805–16.
55. Monterosso L, Kristjanson L J. Supportive and palliative care needs of families of children who die from cancer: an Australian study. Palliat Medic 2008; 22:59–69.
56. Rajajee S, Ezhilarasi S, Indumathi D. Psychosocial problems in families of children with cancer. Indian J Pediatr 2007; 74 (9): 837-9.
57. Reis TCS, Nunes JS, Silva CHD. Relato de caso: cuidar do paciente e do cuidador. Rev Bras Cancerol 2004; 50 (4):328-9.
58. Kylmä J, Juvakka T. Hope in parents of adolescents with cancer—Factors endangering and engendering parental hope. Euro Journ Oncol Nurs 2007;11(3):262–71.
59. Silva MS, Oliveira NRN, Frota MA, Fialho AVM. Pesquisa internacional em enfermagem: tendências temáticas e metodológicas. Rev Bras Enferm 2008; 61(5): 615-19.
60. Elsen I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: Elsen I, Penna CMM, Althoff CR, Bub LIR, Patricio ZM, organizadores. Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis (SC): EDUFSC; 1994. p.61-77.
61. Guedea, MTD et al. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. Psicol Reflex Crit 2006; 19(2):301-8.
62. Pietrukowicz MCLC. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

63. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.

64. Breitbart MD. Espiritualidade e sentido nos cuidados paliativos. Rev O Mundo da Saúde 2003; 27(1): 45-57.

65. Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM. O agente comunitário de saúde: uma revisão da literatura. Rev Lat Am Enferm 2006; 14(6):957-63.

66. Tadei VC. AME: Ambulatório Médico de Especialidades - agilidade com resolutividade. Rev Bras Cir Cardiovasc 2008; 23(4): 570-71.

APOIO SOCIAL NA DIABETES

MADALENA NUNES *

Palavras-chave: Apoio social; Diabetes.

1 – INTRODUÇÃO

A diabetes é uma doença crónica que pode causar consideráveis restrições físicas, emocionais e sociais, que podem modificar profundamente as várias dimensões da vida das pessoas. Neste contexto, a disponibilidade de apoio social, é hoje aceite como um factor capaz de mitigar a relação entre a doença e a qualidade de vida, pois há razões teóricas e empíricas para acreditar que o apoio social decorrente das relações sociais contribui para o ajustamento e desenvolvimento pessoais, tendo também uma acção mediadora relativamente aos efeitos do *stress* (Sarason *et al.*, 1988; Vaz Serra, 1999).

Assim, procura-se neste artigo fazer o enquadramento genérico da conceptualização e da medição do apoio social. De seguida descrevem-se alguns estudos do apoio social em diabéticos.

2 - CONCEPTUALIZAÇÃO DO APOIO SOCIAL

A conceptualização do apoio social está longe de ser consensual. Conotada como complexa, é alvo de inúmeras definições, abordagens teóricas e modelos explicativos nem sempre concordantes entre si.

Os investigadores têm promovido o debate em torno de alguns aspectos como a definição do apoio social, as suas dimensões principais, as suas funções, as formas de avaliação, os seus efeitos no bem estar físico e psicológico e os potenciais mecanismos que ligam o apoio social à saúde, salientando a dificuldade existente em investigar este tema.

Os autores têm referido a importância de conceptualizar o apoio social como um constructo multidimensional e de se considerarem os mecanismos mais precisos, pelos quais o apoio social pode influenciar a saúde, (Matos e Ferreira, 2000).

* Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

3 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO

A história do apoio social e dos seus conceitos poderá considerar-se relativamente recente, embora envolva dois períodos distintos. O primeiro que decorre desde o início do século até finais dos anos 60, inclui contribuições tão distintas como os estudos realizados no âmbito da Psicologia e Sociologia por um lado e, posteriormente, nas origens do movimento comunitário.

Os sociólogos começaram a mostrar interesse pelas consequências sociais da urbanização e industrialização, tendo-se concluído através dos tempos que as sociedades urbanas, fruto do desenvolvimento económico, debilitam os laços sociais, originando fenómenos de solidão, alheamento e desenraizamento. Para Bulmer (1987), as relações próximas características dos meios rurais rompem-se dando lugar às relações impessoais, especializadas e formais nas zonas urbanas.

Segundo Vaux (1988), já Durkheim referia, num dos primeiros trabalhos da sociologia moderna, como o enfraquecimento dos laços sociais e o estado de desorganização psicológica consequente se relacionava com o suicídio.

Também Barrón (1996) refere que, desde os finais dos anos 60, se tem verificado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais na conduta humana, tanto na saúde como na doença.

O segundo período situa-se a partir da década 70. O apoio social constitui um quadro teórico mais integrado e consciente, devido à proliferação de numerosas investigações capazes de sustentar diferentes abordagens.

Cassel (1974), Caplan (1974) e Cobb (1976) considerados os fundadores das investigações sobre apoio social, abriram caminho ao desenvolvimento e conceptualização do apoio social e delinearam os pressupostos que levam a acreditar que o apoio social fornecido pelas relações sociais contribui para o bem estar do indivíduo, amortecendo o efeito que as situações adversas geralmente provocam, (Vaux, 1988; Barrón, 1996; Paixão & Oliveira, 1996).

Nas décadas de 80 e 90 surgiram na literatura diversos artigos sobre o apoio social e as redes sociais, revelando-se esta área de investigação ser bastante prometedora, mas polémica, nomeadamente no que refere à sua conceptualização e avaliação.

Actualmente o tema do apoio social suscita o interesse de diferentes áreas de investigação das ciências sociais e humanas, sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde, Ribeiro (1999); Paixão e Oliveira (1996).

3 - ANÁLISE DO CONSTRUCTO

A multidimensionalidade e complexidade do tema apoio social justificam os diferentes níveis de análise em que o mesmo tem sido abordado.

Optámos por analisar este conceito segundo uma revisão realizada por Bárron (1996), em que as várias abordagens teóricas são comparadas. Segundo Almeida (2000), o conceito de apoio social tem sido abordado segundo três vertentes: o nível de análise, as dimensões e as perspectivas.

- **Níveis de análise**

Os níveis de análise correspondem a uma hierarquia no sentido de um aumento de complexidade, que vai do nível mais simples das relações íntimas, ao nível mais complexo, o nível comunitário, numa perspectiva de abrangência crescente.

Quanto aos níveis de análise, o primeiro nível, o comunitário, refere-se ao apoio social analisado enquanto processo de integração social, sendo o apoio social analisado com base num dado papel e num dado contexto social. O segundo nível, diz respeito às redes sociais, estudando-se as propriedades das redes sociais de apoio, como o tamanho, a densidade e a homogeneidade. O terceiro nível, o das relações íntimas, inclui transacções que ocorrem nas relações mais próximas que estão mais directamente ligadas ao bem-estar e à saúde, esperando-se destas intercâmbios recíprocos e mútuos.

- **Dimensões**

A revisão da literatura sobre o apoio social pode apresentar uma terminologia tão diversificada quanto: suporte instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interacção positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência material e outros.

A diversidade de conceitos, dificulta a aceitação duma definição coerente e universal de apoio social. Grosso modo, poderá definir-se segundo Sarason *et al.* (1983) cit in Ribeiro (1999), como a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós.

Numa tentativa de definição de apoio social, Thoits (1985) cit in Bárron (1996) mencionou que este geralmente consiste no grau em que as necessidades sociais básicas de indivíduo (de afiliação, afecto, pertença, identidade, segurança e aprovação) são satisfeitas através da interacção com os outros. Para este autor estas necessidades podem ser satisfeitas através de ajuda socio-emocional (p. ex. afecto, simpatia, compreensão,

aceitação e estima de outros significativos) ou de ajuda em relação à família ou ao trabalho e ajuda económica).

Sarason *et al.* (1990) salientam a polémica existente entre o apoio social percebido e o apoio social recebido ou real. O apoio social percebido é conceptualizado em termos cognitivos em que o indivíduo tem a percepção de que é amado, de que tem pessoas a quem recorrer em caso de necessidade e que lhes dariam ajuda.

A definição de apoio social percebido, segundo Sarason *et al.* (1990), é estudada como variável da personalidade, sendo estável ao longo do tempo e tendo a sua origem nas experiências de apego. Estes autores distinguem o apoio social fornecido do recebido, salientando a existência de alguns estudos, que encontram uma concordância moderada entre estes dois tipos.

No entanto, Gibson e Brown (1992) alertam que, para que possa ser encarada a hipótese de o apoio social ser visto como um constructo da personalidade, é necessário aprofundar a investigação e a intervenção nas transições de vida.

Lin *et al.* (1986), apresentam uma definição de apoio social que integra diferentes níveis de análise atrás referidos, definindo o apoio social como as ajudas instrumentais e/ou expressivas, reais ou percebidas, fornecidas pela comunidade, redes sociais e amigos íntimos. Esta definição engloba as várias dimensões de apoio social e as funções atrás referenciadas.

Também Vaux (1988) conceptualiza o apoio social como um metaconstructo, constituído por três elementos conceptuais, que se relacionam num processo dinâmico de transacções entre o sujeito e o ambiente: os recursos da rede de apoio, as condutas de apoio (material e emocional) e as avaliações de apoio (valorizações subjectivas dos recursos da rede e das condutas). Este autor salienta factores pessoais (traços de personalidade, recursos pessoais e competências) e factores de contexto social (stressores, família, papéis sociais e comunidade), em que estes factores se relacionam entre si, influenciando os recursos da rede, as condutas de apoio e as avaliações. Desta forma, Vaux, propõe um modelo ecológico de apoio social.

Quanto aos modelos teóricos de apoio social, uma das taxonomias mais conhecidas é a de Cohen (1988) cit in Barrón (1996), na qual classifica os modelos de apoio social com base nos efeitos deste na saúde e na doença, segundo três categorias:

- **Modelos genéricos:** baseiam-se na conceptualização de que o apoio social se relaciona com diferentes doenças, influenciando-as de duas formas. Por

um lado através de padrões de comportamento, como a dieta, o álcool e o tabaco, que podem agravar o risco de sofrer de doenças. Por outro lado, através de acção nas respostas biológicas que incidem nestes transtornos (resposta neuro-endócrina, imunológica e hemodinâmica);

- ♣ **Modelos centrados no *stress***: assume-se que o apoio social se relaciona com os diferentes transtornos, através de processos biológicos e ou comportamentais. Hipotetizam-se dois tipos de efeitos, directos ou protectores;
- ♣ **Modelos de processo psicossocial:** estes modelos que descrevem a natureza da mediação psicossocial da relação do apoio social com a saúde. Especificam os processos biológicos implicados nessa relação e avaliam separadamente, os efeitos directos e os efeitos protectores ou amortizadores.

- **Perspectivas**

Quanto às perspectivas de estudo do apoio social, estas são essencialmente três: a perspectiva estrutural, a perspectiva funcional e a perspectiva contextual.

Relativamente à **perspectiva estrutural**, esta debruça-se sobre a análise dos aspectos estruturais, dos contactos sociais e das redes sociais. O apoio social é conceptualizado com base na existência, quantidade e propriedade das relações sociais que as pessoas mantêm. Pressupõe-se que ter relações sociais é equivalente a obter apoio das mesmas. Estudam-se então várias características das redes sociais:

- ♣ O tamanho da rede (número de sujeitos com quem o indivíduo mantém um contacto pessoal);
- ♣ A densidade da rede (a interconexão entre as pessoas que fazem parte da rede);
- ♣ A reciprocidade (o equilíbrio do intercâmbio na relação entre duas pessoas);
- ♣ A homogeneidade (a semelhança entre os membros da rede em relação a uma determinada dimensão).

Quanto à **perspectiva contextual** estudam-se os contextos ambientais e sociais em que o apoio é percebido, mobilizado ou recebido (Cohen & Syme, 1985). Analisam-se os seguintes aspectos contextuais:

- ♣ As características dos participantes (em função de uma determinada fonte de apoio);
- ♣ O momento em que se dá o apoio;

- ♣ A duração do poio prestado;
- ♣ A finalidade do apoio.

A **perspectiva funcional** salienta a análise das funções das relações sociais, enfatizando os aspectos qualitativos de apoio e dos sistemas informais de apoio.

Distinguem os recursos que se trocam nas transacções das funções que o apoio cumpre. Quanto às funções são propostos três tipos (House, 1981; Vaux, 1988; Oxford, 1992; Gelenglass, 1993):

- **Apoio emocional:** refere-se aos comportamentos que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo e que fazem com que o sujeito se sinta querido, amado e respeitado, sentindo que tem pessoas à sua volta que lhes proporcionam carinho e segurança. Trata-se de expressões e de demonstrações de amor, afecto, carinho, simpatia, estima, ou de pertença a um grupo;
- **Apoio instrumental:** é definido como as acções ou os materiais proporcionados por outros e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitarem a realização de tarefas quotidianas. Este tipo de apoio só é efectivo quando quem o recebe percebe a ajuda apropriada;
- **Apoio informacional:** define-se como o processo através do qual as pessoas recebem a informação e conselhos que as ajudam a compreender o seu mundo e as mudanças que ocorrem. Por vezes este tipo de apoio pode confundir-se com o apoio emocional.

Esta categorização é alvo de discórdia, havendo quem inclua o apoio informacional na categoria de apoio emocional e quem acrescente a função de socialização (Oxford, 1992).

Da revisão teórica sobre o apoio social, e de acordo com Matos e Ferreira (2000), podemos inferir que:

- Nesta área de investigação, os autores têm salientado as dimensões positivas do apoio social, mas há um crescente corpo de literatura que aponta os aspectos negativos das relações sociais, em que os autores se interessam pelo estudo de factores de vulnerabilidade, mas também por temas como os factores de resiliência e o apoio social.
- O papel do apoio social percebido é enfatizado, referindo-se a importância dos aspectos cognitivos e interpessoais, dentro do paradigma cognitivo da Psicologia contemporânea.

Nesta perspectiva, as percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais (o que acontece nas transacções

sociais), mas também de aspectos da sua própria personalidade (p. ex. capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio às redes sociais) e de estilos cognitivos.

5 - AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL

As medidas de apoio social são elaboradas com base em determinadas perspectivas e teorias subjacentes, podendo incidir sobre uma única vertente, a estrutural ou a funcional ou então revestir uma forma mista.

Na primeira categoria, a estrutural, incluem-se os instrumentos que se centram nos aspectos quantitativos do apoio, numa avaliação que prima pela objectividade fornecendo um índice objectivo e directo da disponibilidade do apoio. Estes instrumentos referem-se à existência de pessoas com quem o indivíduo tem ligações pessoais directas e às pessoas que, através de laços significativos, fornecem apoio.

Com as medidas estruturais pode avaliar-se a integração social, sendo esta operacionalizada, segundo Krause (1989), cit in Barrón (1996), através de indicadores sociodemográficos (estado civil e número de amigos), através de relações íntimas e através da análise da rede (número de elementos), componentes da rede (relação, tamanho e densidade da rede) e à durabilidade, frequência e intensidade do contacto.

Como exemplos de instrumentos de avaliação dos aspectos estruturais do apoio social, Vaux (1988) e Barrón (1996) enumeram o SNI - Social Network Index (Berkman & Syme, 1979), o UCLA Loneliness Scale (Schill e cols., 1981) e o SNQ - Social Network Questionnaire (Hirsch, 1979).

Na segunda categoria incluem-se as medidas funcionais que procuram chegar a índices qualitativos do apoio social, avaliando-se a satisfação do apoio recebido, o grau de felicidade em determinada relação. Estes métodos são caracterizados por alguma subjectividade.

Dentro destas medidas distinguem-se dois tipos: as que medem o apoio social recebido e as que medem o apoio social percebido. As primeiras avaliam a quantidade de ajuda que um sujeito realmente recebeu de outras pessoas, num período de tempo determinado (que pode ir de um mês a um ano). Estes índices obtêm-se perguntando-se aos sujeitos que acontecimentos de vida stressantes experimentaram e que tipo de apoio receberam durante o mesmo período. A informação acerca do apoio dado pelos outros é obtido através do auto-relato de quem recebe este apoio. Refere-se assim à percepção dos acontecimentos do passado mais do que à percepção de que o apoio está disponível se necessário (Sarason, *et al.*, 1990). Mas alguns problemas têm sido apontados relativamente a estas medidas:

- Falta de acordo entre quem dá e quem recebe o apoio;
- Baseiam-se na recordação;
- Comportamento de apoio de quem recebe é função não só de quem está disponível para dar apoio, mas também das percepções dos outros em relação à necessidade do indivíduo de ajuda e de apoio.

Quanto às medidas de apoio social percebido, baseiam-se na disponibilidade percebida de alguém em caso de necessidade, ou seja, o que um indivíduo acredita sobre a sua rede social é provável que seja um determinante importante do seu estado psicológico, independentemente da condição real do sujeito, (Barrón, 1996). Desta forma o apoio social deve ser percebido que seja efectivo, sendo que para perceber o apoio social como disponível, é um redutor potente de *stress* mais do que o apoio realmente recebido.

Como exemplo de questionários centrados nos aspectos funcionais do apoio social, Barrón (1996) cita o Arizona Social Support Interview Schedule (Barrón, 1981) o Instrumental-Expressive Support Scale (Lin *et al.*, 1986) o Interpersonal Support Evaluation List (Cohen e Hoberman, 1983) e o Social Support Questionnaire (Sarason *et al.*, 1983).

Entre as medidas que avaliam tanto os aspectos estruturais como funcionais do apoio social encontrámos o Interview Schedule for Social Interaction (Henderson *et al.*, 1980) o Social Relationship Scale (McFarlane *et al.*, 1981) e o Inventário de Recursos Sociais, (Diaz Veiga, 1987).

Sobre este assunto Antunes e Fontaine (1994) referem que Vaux (1988) desenvolveu um conjunto de quatro instrumentos que na totalidade tentam avaliar o apoio social de uma forma o mais completa possível: o SSA (Social Support Appraisals), O SSB (Social Support Behaviors) o NOS (Network Orientation Scale) e o SSR (Social Support Resources). O SSA foi seleccionado como instrumento de eleição para a avaliação do apoio social devido à coerência do modelo teórico que lhe subjaz, o modelo transaccional-ecológico do apoio social, (Vaux, 1988).

6 - APOIO SOCIAL E ESTRUTURA FAMILIAR

Os modelos ecológicos de apoio social, salientam os contextos sociais em que o diabético e a família estão envolvidos, podendo estes ser mais gerais (macrossistemas) ou ambientes mais pequenos e íntimos como a família, o grupo de amigos, a escola e o local de trabalho (microssistemas).

Ribeiro (1994a), num estudo com jovens em que cruza várias medidas susceptíveis de avaliar diferentes dimensões do apoio social, fornecidas por vários

agentes, confirma que para a população portuguesa a fonte de apoio social mais importante é a família.

Grande parte dos estudos dirige a sua atenção para a família uma vez que esta representa, de uma maneira geral, uma fonte de apoio básica para os diabéticos.

Várias investigações salientam que ter uma família coesa e apoiante está associado a um melhor controlo metabólico e da doença, em geral (Hauser *et al.*, 1990). Encontrou-se também que os pais que forneciam apoio específico em relação à doença tinham filhos com uma melhor adesão ao tratamento do que os pais que eram menos apoiantes das actividades do cuidado da diabetes.

O apoio social de membros da família tem sido ainda identificado como um recurso importante para os diabéticos que lidam com o *stress* da doença.

No grupo dos adolescentes, a literatura mostra que os pais representam a maior fonte de apoio social, seguida do grupo de pares. Contudo à medida que os mesmos vão crescendo, o grupo de pares atinge proeminência como fonte de apoio social, (La Greca, *et al.* 1995).

Além da família, amigos e colegas, também o pessoal médico e os técnicos de saúde desempenham um papel importante como fontes de apoio social. É inegável o relevo que o grupo de pares associado a contextos escolares assume no ajustamento à doença (sob a forma de adesão ao tratamento ou como evolução clínica da diabetes).

7 - REVISÃO DOS ESTUDOS

A relação do apoio social com a doença foi estudada por diversos autores, abrangendo diferentes perspectivas. Neste contexto, tem sido considerável a pesquisa desenvolvida acerca da importância do apoio social em adultos com doença crónica (Sarason, Sarason e Pierce, 1990), considerando as investigações ser este um dos principais mediadores psicossociais de adaptação à doença crónica e à manutenção da saúde, (Hauser, 1997).

Conceptualização da Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica, auto-imune, que resulta duma deficiência na produção de insulina, por parte das células beta do pâncreas, cuja consequência imediata é a tendência em manter níveis de glicose no sangue inapropriadamente elevados (hiperglicemia), ou insuficientes (hipoglicemia) (Tsalikian, 1990).

A deficiente produção de insulina, pode ser relativa ou absoluta e associar graus variáveis de insulinorresistência, podendo resultar numa hiperglicemia crónica e alterações do metabolismo lipídico e proteíco (Programa de Controlo da Diabetes Mellitus, 1998).

Apoio social, «*stress*» e controlo metabólico da Diabetes Mellitus

Griffith *et al.* (1990) estudaram a relação existente entre *stress*, apoio social e controlo da glicemia, (HbA1c) em 80 pessoas com diabetes mellitus (40 com tipo 1 e 40 com tipo 2).

A análise da função discriminante revelou existir uma interacção significativa entre aquelas variáveis. Assim, quando o *stress* era baixo os valores de Hemoglobina glicosilada fracção c (HbA1c) não diferiam significativamente para os grupos de apoio social (altos ou baixos). Mas quando o *stress* aumentou, as variáveis do apoio social eram associadas com o controlo da glicose.

Sob o efeito de *stress* elevado e baixo apoio social, os diabéticos apresentaram valores mais altos de HbA1c (11.8%), e, consequentemente, pior controlo metabólico.

Nas situações de *stress* elevado mas com o apoio social elevado os valores HbA1c revelaram-se mais baixos (9.9%).

Apoio social e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS)

Outra área estudada foi a associação de apoio social com a QDVRS em diabéticos finlandeses, tendo os autores (Aalto *et al.*, 1997) concluído que o apoio social mais elevado se associava com a QDVRS mais alta.

Por sua vez, Tillotson *et al.* (1996) relatam que nas suas investigações o apoio social predizia de forma estatisticamente significativa a adesão ao tratamento e à qualidade de vida (QDV) dos diabéticos (Nunes, 2004).

Numa perspectiva integradora do apoio social e *coping* e sua relação com a qualidade de vida, Schreurs e Ridder (1997) analisaram 42 trabalhos de investigação sobre as mesmas variáveis, colhidos nas bases de dados Medline e Psychlit. Tendo por base uma amostra global de 6.375 doentes crónicos de diversas patologias, concluíram que um dos mecanismos da influência do apoio social sobre a qualidade de vida se faz através dos processos de *coping*.

Assim, o apoio social pode funcionar como uma estratégia ou um recurso de *coping*.

Apoio social e depressão nos diabéticos

O estudo da influência das variáveis psicossociais na gravidade do estado de ânimo depressivo numa amostra de 266 diabéticos tipo 1 adultos, realizado por Nunes (2004), mostra que quanto melhor o apoio social, menos grave é a sintomatologia depressiva expressa pelos doentes.

Apoio social e adesão ao tratamento na Diabetes

La Greca *et al.* (1995) desenvolvem um dos poucos estudos que se debruçam sobre o apoio social em adolescentes diabéticos, avaliando e comparando o tipo de apoio fornecido por diferentes fontes e a sua relação com a adesão ao tratamento. Avaliaram 74 adolescentes, delineando a investigação com quatro objectivos principais:

- Descrever as fontes de apoio;
- Comparar a quantidade e o tipo de apoio que a família e os amigos forneciam;
- Avaliar as associações entre o apoio da família e o grupo de pares com variáveis demográficas (idade, sexo e duração da doença);
- Avaliar as associações entre a adesão à diabetes e a quantidade de apoio que os adolescentes reportavam da família e dos amigos.

As medidas utilizadas consistiram numa entrevista estruturada, para avaliar os relatos de apoio recebido da família e dos amigos no cuidado da diabetes, para obter informação quantitativa e qualitativa. Utilizaram também, como medida do ambiente familiar a FES (Moos e Moos, 1986), a DFBC (Schafer *et al.*, 1986), uma *check list* do comportamento familiar em relação à diabetes, a PSS-FR (Procidano e Heller, 1983), para avaliar o apoio social percebido de amigos e uma escala de adesão ao tratamento (Hanson *et al.*, 1987). Quanto às principais conclusões apurou-se que:

- Os pais eram referenciados por fornecerem substancialmente mais apoio no cuidado da diabetes do que os amigos;
- Era fornecido muito pouco apoio informacional e apenas por membros da família;
- O apoio fornecido pela família era essencialmente apoio instrumental (traduzível em tarefas quotidianas);
- O apoio fornecido por amigos era mais do tipo emocional (de companheirismo);

- Níveis elevados de apoio familiar estavam associados a uma melhor adesão ao tratamento;
- As diferenças entre sexos mostram que as raparigas reportavam mais apoio de amigos do que os rapazes; as raparigas referiam receber mais apoio social, em geral dos amigos.

Por último, numa revisão da literatura Góis (2002), constatou que os estudos empíricos revelam que o apoio social, (dos pares e família), influi no ajustamento psicológico e na adesão.

Conclui ainda haver melhor adesão nas famílias com mais apoio e incentivo (coesão) e menos conflitos interpessoais. Os estudos apontam para uma associação positiva entre apoio parental e adesão, através duma melhoria na competência social e auto-eficácia do adolescente face ao *stress*. No entanto, o efeito predictivo deste apoio correlaciona-se negativamente com a idade, sendo o ponto de viragem aos 15-16 anos. Por outro lado, a qualidade do apoio social da família e dos pares é diferente. A família é mais importante no suporte instrumental, na adesão (insulina, monitorização da glicemia e dieta) e os pares no suporte emocional e no ajustamento psicológico.

Em geral, os adolescentes diabéticos têm maior restrição social e menor qualidade nas relações mais íntimas com os seus pares em relação aos saudáveis, Góis (2002).

Relativamente à vertente de Suporte de Bens e Serviços, Gulliford e Mahabir (1998) estudaram a associação existente entre as desigualdades sociais (estado sócio-económico) e a morbilidade da diabetes mellitus.

Concluíram que o aumento da morbilidade diabética se associava de forma positiva com indicadores de baixo estado sócio-económico (desemprego, analfabetismo, habitação sem fornecimento de água potável) com o facto de: ser mulher, com maior idade e com duração mais longa da diabetes.

A associação negativa entre estado sócio-económico alto e morbilidade diabética encontrada justifica o investimento nos recursos de Saúde Pública para controlo da diabetes.

Apoio social e mortalidade diabética

Robinson *et al.* (1998) investigaram a relação existente entre as medidas de privação social e a mortalidade ocorrida em indivíduos com diabetes mellitus tipo 1 e 2 seleccionando para o efeito uma amostra aleatória de 2104 adultos de 8 hospitais.

Durante o período de seguimento, (8 anos), 14% dos indivíduos morreram sendo a doença cardiovascular a causa de morte mais vezes registada. Verificaram que a

taxa de mortalidade era mais alta para os homens do que para as mulheres, sendo mais alta para os de classe social mais baixa. Era ainda mais baixa nos desempregados e naqueles que abandonaram a escola antes dos 16 anos.

10 – CONCLUSÃO

Uma quantidade substancial de pesquisa, documenta os benefícios físicos e psicológicos do apoio social e mostra como os sujeitos com apoio social se ajustam melhor psicologicamente a acontecimentos indutores de *stress*; recuperam mais rapidamente da doença recentemente diagnosticada e reduzem o seu risco de mortalidade a doenças específicas como é o caso da diabetes.

Documenta ainda que os diabéticos que beneficiam de mais apoio social, usufruem de Qualidade de Vida mais satisfatória (Nunes, 1999 e Nunes, 2004).

BIBLIOGRAFIA

- Aalto, A. M.; Aro, A. R. (1997). Health related quality of life amoug insulin-dependent diabetics: disease-related and psychosocial correlates. Finland. **Patient Educ. Couns** 30 (2), 215-225.
- Almeida, V. M. S. (2000) - **A Diabetes na Adolescência**. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Antunes, C. & Fontaine, A. M. (1994) - Diferenças na Percepção do Apoio Social na Adolescência: Adaptação de uma Escala, O "Social Support Appraisals," (SSA) de Vaux et al. (1980). **Cadernos de Consulta Psicológica** (10/11). Porto: Instituto de Consulta Psicológica Formação e Desenvolvimento da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, 115-127.
- Atkinson, M.; Maclaren, N. (1994). **The pathogenesis on insulin-dependent diabetes mellitus.** N. Engl. J. Mexd. 331. p. 1428-1436.
- Barrón, A. (1996). **Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones**. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Bulmer, M. (1987) **The social basics of community care.** Londres. Allen Urwin.
- Gibson, J. & Brown, S. D. (1992). Counseling adults for life transitions. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.) **Handbook of Counseling Psychology**, (285-313). New York: John Willey & Sons, Inc.

- Grelenglass, E. (1993). The contribution of social support to coping strategies. **Applied Psychology: Na International Review**, 42. p. 323 – 340.
- Griffith, L.S.; Field, B.J.; Lustman P.J. (1990). Life stress and social support in diabetes: association with glicemic control. Missouri. **Journal Psychiatry Med**., 20 (4). p. 365-372.
- Góis, C. (2002) - Aspectos psico-sociais do adolescente com Diabetes Mellitus tipo 1. **Psiquiatria Clínica**, 23 (1), 63 – 77.
- Gulliford, M. C. & Mahabir, D. (1998). **Social inequalities in morbility from diabetes mellitus in public primary care clinics in trinidad and Tobago**. Trinidad and Tobago. Soc sei Med, 46(1), 137-144.
- Hauser, S. T., Jacobson, A. M., Benes, K. A., & Anderson, B. J. (1997). **Psychosocial aspects of diabetes mellitus in children and adolescents: implications**. In Noshiptz (ed.), Handbook of child and adolescent psychiatry.
- Hauser, S. T., Jacobson, A. M., Lavori, P. Wolfsdorf, J. I., Herskowitz, R. D., Milley, J. E., Bliss, Wetlied, D., & Stein, J. (1990). Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. **Journal of Pediatric Psychology**, 15, 527-542.
- House, J. S. (1981). **Work, stress and social support**. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- La Greca, A. M. (1988). Children with diabetes and their families: coping and disease management. In T. M. Field, P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), **Stress and coping across development**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- La Greca, A. M., Auslander, W. F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E. B., & Santiago, J. V. (1995). I get by a little help from my family and friends: adolescent's support for diabetes care. **Journal of Pediatric Psychology**, 4, 449-476.
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1986). **Social support, life events and depression**. New York: Academic Press.
- Matos, A. P. & Ferreira, A. (1999) - **Desenvolvimento de uma escala de apoio social** - No Prelo - Trabalho apresentado nas Jornadas da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento. Realizadas nos dias 7, 8 e 9 de Janeiro de 1999 em Coimbra.
- Matos, A. P. & Ferreira, A. (2000) - Desenvolvimento de uma escala de apoio social - **Psiquiatria Clínica**, 21 (3), 243-251.

- Nunes, M. M. J. C. (1999) - **Qualidade de Vida e Diabetes: Influência das Variáveis Psicossociais**. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga. Dissertação de Mestrado.
- Nunes, M. M. J. C. (2004). **Qualidade de Vida e Diabetes: Variáveis Psicossociais.** Badajoz: Universidade de Extremadura. Tesis Doctoral.
- Oxford, J. (1992). Social Resources I. Social Support In J. Oxford (ed.), **Community Psychology: Theory and practice**, 60-83. England: Willey & Sans, Ltd.
- Paixão, R. & Oliveira, R.A. (1996). Escala Instrumental e expressiva do suporte social. **Psycológica.** 16. p. 83-89.
- PROGRAMA DE CONTROLO DA DIABETES MELLITUS (1998). Dossier Diabetes – em conjunto, objectivos comuns. Portugal: Direcção Geral de Saúde.
- Ribeiro, J. P. L., et al. (1990) - Equivalentes afectivos: sua operacionalidade. **Revista Psiquiatria Departamento Saúde Mental**, II série (XII), 3 – 4.
- Ribeiro, J. L. P. (1994a). Psicologia da saúde, saúde e doença. **In Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras**. Braga: Associação de Psicólogos Portugueses, p. 33-55.
- Ribeiro, J. L. P. (1994b). A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**. Vol. XII, N.º 2-3, 179-191.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). **Social support: an interactional view**. New York: Wiley.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54, 4, 416-423.
- Tillotson, T. M. & Smith, M. S. (1996) - Locus of Control, Social support, and adherence to the diabetes regimen. **Diabetes Educ**, 22(2), 133-139.
- Vaux, A. (1988). **Social support. Theory, research and intervention**. New York: Praeger.
- Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In H. Viel & U. Baumann (eds.), **The meaning and measurement of social support**. (193-216). New York: Hemisphere.
- Vaz Serra, A. (1999) - **O *stress* na vida de todos os dias**. Coimbra: ed. De Autor.

AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA: rede de apoio social na atenção em saúde mental[a]

Eliane LAVALL[b]
Agnes OLSCHOWSKY[c]
Luciane Prado KANTORSKI[d]

RESUMO

Este estudo objetiva identificar a rede de apoio social de um usuário e família em acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). É um subprojeto da pesquisa "Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil", realizado em um CAPS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, tendo como sujeitos uma dupla usuário/familiar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso, utilizando-se o Modelo Calgary de Avaliação de Família. A coleta de dados propiciou a construção do genograma e do ecomapa. A análise envolveu as avaliações estrutural, funcional e de desenvolvimento, identificando-se os vínculos do usuário e seus relacionamentos no micro e macro espaço familiar, mostrando as redes de apoio social e as funções que desempenham no cotidiano do usuário. As redes sociais de apoio aparecem como recurso terapêutico importante, pois possibilitam um tratamento voltado à vida da pessoa, considerando-se sua cultura, e também ampliam as ações de cuidado.

Descritores: Família. Saúde mental. Apoio social. Redes comunitárias. Enfermagem psiquiátrica.

RESUMEN

El objetivo de este estudio es identificar la red de apoyo social de un usuario y familia en acompañamiento en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Consiste en un sub-proyecto de la investigación acerca de la Evaluación de los Centros de Atención Psicosocial de la Región Sur de Brasil, realizado en un CAPS de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, *Brasil, teniendo como sujetos un dúo usuario/familiar. Se trata de una investigación cualitativa, del tipo estudio de caso, en que se utiliza el Modelo Calgary de Evaluación de Familia. La recolección de datos propició la construcción del genograma y del ecomapa. El análisis involucró las evaluaciones estructural, funcional y de desarrollo. Fueron identificados los vínculos del usuario y sus relacionamientos en el micro y macro espacio familiar, mostrando las redes de apoyo social y las funciones que desempeñan en el cotidiano del usuario. Las redes sociales de apoyo aparecen como recurso terapéutico importante, visto que posibilitan un tratamiento volcado hacia la vida de la persona, considerándose su cultura y, también, amplían las acciones de cuidado.*

Descriptores: *Familia. Salud mental. Apoyo social. Redes comunitarias. Enfermería psiquiátrica.*
Título: *Evaluación de familia: red de apoyo social en la atención en salud mental.*

ABSTRACT

This study aims at identifying the social support network of a user and his family in a Psychosocial Care Center (CAPS) follow-up. Such study is a subproject of the research named Evaluation of Psychosocial Care Centers, from the southern region of Brazil, at a CAPS of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, *Brazil. The subjects were a user and a relative of him. It is a qualitative research of case study type that makes use of the Calgary Model of Family Evaluation. The collecting of data provided the construction of the genogram and of the eco-map. The analysis focused on structural, functional and developmental evaluations. The user's bonds and his relationships with the micro and macro family space were identified by showing the social support networks and the functions that they perform in the user´s daily life. The social support networks are an important therapeutic resource because they provide the possibility of offering a treatment addressed to the life of the subject. They also take in count his culture and they broaden care actions as well.*

Descriptors: *Family. Mental health. Social support. Community networks. Psychiatric nursing.*
Title: *Family evaluation: social support network in mental health care.*

---

[a] Artigo construído a partir do trabalho de conclusão de curso em Enfermagem apresentado em 2007 na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil.

[b] Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFRGS, Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), Rio Grande do Sul, Brasil.
[c] Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS, Líder do GEPESM, Rio Grande do Sul, Brasil.
[d] Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A rede de apoio social pode ser representada pelas relações de um indivíduo nas diversas situações da vida cotidiana, na família e na sociedade. A identificação dessa rede possibilita sua utilização como um recurso no cuidado, facilitando uma parceria entre a equipe de saúde e a família na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico.

Este artigo relata uma pesquisa de avaliação de família em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), aplicando-se o Método Calgary de Avaliação de Família (MCAF), a fim de identificar a rede social de apoio do usuário e da família no seu território.

Trata-se de um estudo vinculado à pesquisa Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), financiada pelo Ministério da Ciência e Tecnologia, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em parceria com o Ministério da Saúde. Essa pesquisa é conhecida como CAPSUL, sendo coordenada pela Faculdade de Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e desenvolvida em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel.

O movimento político e social da Reforma Psiquiátrica, a partir da década de 1970, propôs a transformação da assistência psiquiátrica através da implementação do modelo de atenção psicossocial em oposição ao modelo manicomial então vigente que se voltava para a segregação e para a exclusão social do indivíduo em sofrimento mental. Assim, a subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico tornou-se foco das ações de saúde, enfatizando a sua singularidade e as suas dimensões familiares e socioculturais. A atenção em saúde mental centrou o olhar no território do sujeito, preocupando-se com o seu cotidiano e a sua inserção na sociedade. Nessa perspectiva, usuário e família vêm passando progressivamente a ser os principais protagonistas do tratamento, pois, mediante suas informações e vivências, é possível conhecer seus recursos e sua rede de apoio social. A partir desses pressupostos, questiona-se: como são os vínculos, as relações interpessoais do sujeito em sofrimento psíquico e de sua família ou comunidade?

O MCAF pode auxiliar a enfermagem a compreender pensamentos, comportamentos e crenças das famílias, permitindo estabelecer um plano de cuidados e/ou intervenção na família, além de possibilitar uma abordagem ampliada que considere o contexto pessoal e o território[1]. A avaliação de família permite conhecer os vínculos e as relações que constituem as redes de apoio do indivíduo em sofrimento psíquico, propiciando aos profissionais de saúde explorar esses recursos.

As redes de apoio envolvem, principalmente, a rede social pessoal de cada sujeito que pode ser definida como a soma de todas as relações consideradas significativas ou diferenciadas na sociedade. Corresponde ao nicho interpessoal do sujeito e contribui para o reconhecimento do indivíduo e de sua auto-imagem[2].

Crê-se que o conhecimento dessas redes se coaduna com a prática assistencial que pressupõe maior sensibilidade aos valores e crenças de usuários e família, e é necessário um conhecimento mais específico dos diferentes processos de vida do sujeito em grupo e sua comunidade. Identificar essas relações, as histórias, os caminhos e descaminhos dos usuários do serviço de saúde mental, no cotidiano, facilitará a interlocução e a atenção na área. Portanto, o objetivo deste estudo é identificar a rede de apoio social do usuário e da família em acompanhamento em um Centro de Atenção Psicossocial.

ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA

No Brasil, a partir da década de 1970, iniciaram-se propostas de transformação do modelo assistencial em saúde mental, questionando o sistema manicomial de assistência psiquiátrica, fazendo críticas à cronificação dos sujeitos nos hospitais, ao tratamento desumanizado, reivindicando melhores condições de assistência e a humanização dos serviços, tendo como desdobramento a Reforma Psiquiátrica[3].

Esse novo modelo busca a construção do cuidado no território do indivíduo, através de uma rede de atendimento centrada na comunidade, tendo entre suas diretrizes de intervenção: acolhimento, vínculo, responsabilidade, integralidade, humanização da atenção, interdisciplinaridade e resolutividade. Essa rede de serviços aparece como estratégia terapêutica que deve se constituir em uma

rede de atenção em saúde mental, sendo incluídos os CAPS, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), hospital dia, ambulatórios de saúde mental, pensões protegidas, cooperativas, serviços residenciais terapêuticos, atenção básica, hospitais gerais, entre outros.

Os CAPS, regulamentados pela Portaria nº 336/GM de 2002 do Ministério da Saúde[4], tornaram-se uma das principais modalidades de tratamento do modelo de atenção psicossocial, buscando integrar a pessoa com sofrimento psíquico num ambiente social e cultural, possibilitando a convivência cotidiana com a sociedade e familiares, propondo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários[5].

Assim, o modo de atenção psicossocial possibilita uma parceria entre equipe profissional e família no processo de cuidado aos indivíduos em sofrimento psíquico. Para compreender e incluir a participação da família nesse cuidado utilizamos o MCAF. Esse modelo permite entender que os indivíduos são mais bem compreendidos quando estão inseridos num contexto mais amplo, no qual pode ser observada a interação da família no micro e macrossistema familiar, o que possibilita, respectivamente, uma avaliação dos relacionamentos e vínculos existentes entre os membros familiares, e de cada membro com o sistema mais amplo (vizinho, escola, rua, grupos de amigos, organizações, comunidade religiosa, associações, serviços de saúde, entre outros)[6].

A identificação desses vínculos e relações como redes de apoio foram os principais focos de estudo da presente pesquisa, com a aplicação do MCAF.

Nesse processo avaliativo, o vínculo e as relações aparecem como fundamentais na construção de caminhos menos sofridos e menos estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico[7]. Assim, pode-se identificar a natureza e a qualidade dos vínculos na estrutura interna e externa da família, permitindo ao profissional e à equipe de saúde conhecer o conjunto daqueles que interagem direta ou indiretamente com o indivíduo em sofrimento psíquico e sua família e, desse modo, identificar as relações do seu cotidiano e espaço social e avaliar sua rede de apoio social.

O apoio social é uma das estratégias da população para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde e doença, beneficiando a saúde física e mental, porque acolhe e cuida dos sujeitos na totalidade de corpo e mente. Por estimular a autonomia dos sujeitos é uma ação de saúde que se processa no cotidiano das interações dos indivíduos, ajudando-os a encontrar coerência para a própria vida e para sair do isolamento e do vazio existencial em que se encontram[8]. Esse apoio é encontrado nas redes sociais que proporcionam ao indivíduo compartilhar os problemas e expressar seus sentimentos, evidencia sua socialização e suas relações, acessando os recursos de apoio social.

A rede social constitui-se de todas as relações do indivíduo, divididas em família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias[2]. Permite entender o sujeito com tudo aquilo com o qual interage – com todos os seus vínculos no micro e macro espaço –, ou seja, família; amigos, vizinhos, igreja, trabalho, escola, sociais, políticos, entre outros.

Nesse contexto, a função de uma rede relaciona-se à qualidade das relações interpessoais estabelecidas com a família ou com seu entorno social, em que a qualidade dessas relações está ancorada na história dos vínculos estabelecidos, na sua intensidade, freqüência e mutualidade[9].

Assim, a rede social evidencia os pólos de apoio, desenvolvendo as seguintes funções: companhia social, apoio social, apoio emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos, determinando a rede de apoio social da pessoa[2]. Cada vínculo dessa rede pode desempenhar mais de uma dessas funções, abarcando um número importante de ações por sua riqueza, complexidade ou idiossincrasias, registrando um mapa mínimo da pessoa em seu meio social.

Desse modo, identificar as redes sociais de apoio com usuários e familiares vai possibilitar maior compreensão da experiência da loucura, facilitando ações de saúde mental e de solidariedade, mostrando caminhos para a mudança nos modelos de atenção em saúde.

METODOLOGIA

A pesquisa em questão é de cunho qualitativo-descritiva, que se caracteriza como estudo de caso, na qual se utilizou o Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF)[6].

O estudo foi realizado em um CAPS II, localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, tendo como sujeitos uma dupla usuário/familiar em acompanhamento nesse serviço. Trata-se de uma escolha intencional, relacionada à pesquisa CAPSUL, em que os critérios de inclusão da dupla foram: possuir condições de comunicação e, ter vínculo e inserção no serviço.

Para a coleta de dados foram utilizados o genograma e o ecomapa. O genograma é um diagrama do grupo familiar, incluindo no mínimo três gerações, utilizado para discernir a estrutura familiar interna e externa através da árvore familiar e sua ampliação, além de propiciar dados relevantes sobre os relacionamentos, podendo também incluir dados sobre saúde, ocupação, religião, etnia e migrações. O ecomapa é um diagrama do contato da família com outras pessoas além da família imediata, representando as conexões importantes entre a família e o mundo. Permite a compreensão dos vínculos e os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos do contexto familiar[6].

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2007. A análise dos dados foi realizada pelas avaliações estrutural, de desenvolvimento e funcional, propostas pelo MCAF. Na avaliação estrutural foi identificado quem fazia parte dessa família, seus contextos interno e externo. A avaliação funcional mostrou as atividades da vida diária da família e os aspectos relacionados ao comportamento expressivo entre a família: a comunicação, as alianças existentes, os papéis desempenhados. Na avaliação de desenvolvimento buscou-se conhecer os vínculos do usuário e da família, visualizando os relacionamentos afetivos nos micro e macro espaços familiares, caracterizando a rede de apoio social. Esses vínculos foram considerados fortes, moderados, superficiais e negativos de acordo com sua reciprocidade e laços afetivos.

Quanto aos aspectos éticos, este estudo tem o parecer 074/05 favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[10], e parecer nº. 14/06 favorável da Comissão de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ). Para preservar o anonimato, os entrevistados receberam nomes fictícios.

AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA

Carolina (30 anos) reside com seu companheiro Jacinto (45 anos). É filha única do segundo casamento da mãe. Nasceu em Salvador e viveu parte da sua infância e adolescência com a avó materna. Cursou graduação em Pedagogia até o segundo ano e trabalhou em escolas infantis; foi acompanhante terapêutica, babá, entre outros. Atualmente está desempregada.

Carolina tem diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Relata que seus problemas e crises iniciaram aos 15 anos, quatro anos após o falecimento de sua avó. Declara que sua adolescência foi difícil, devido à violência e à agressividade da mãe, pois a mãe batia nela, rasgava suas roupas, aparentemente sem motivos. Essa vivência teve como conseqüência um relacionamento bastante conflituoso com a genitora, desencadeando uma crise de depressão e tentativa de suicídio. Apresentou outras tentativas de suicídio, por uso exagerado de medicação, tendo três internações psiquiátricas. Após a última internação foi encaminhada para o CAPSII onde permanece em acompanhamento.

Carolina relata que sua mãe teve um primeiro casamento, em Porto Alegre, tendo três filhos. Ela era psicóloga e morreu assassinada em 2003. Era uma pessoa muito agressiva, descontrolada e maltratava os filhos. Descobriu que sua mãe tinha diagnóstico de esquizofrenia, após sua morte, ao ler um documento relacionado ao auxílio doença. Não conheceu seu pai e também não sabe informar nada a respeito da família dele. Diz que a vivência com a avó na infância foi ótima.

A Figura 1, a seguir, apresenta o genograma construído por Carolina e seu companheiro.

Carolina tem três irmãos do primeiro casamento da mãe: dois deles residem em Porto Alegre e um em São Paulo.

Na avaliação funcional, Carolina desenvolve o papel de esposa, dona de casa, amiga e parceira do seu companheiro, com o qual tem um relacionamento significativo e estável. A relação com o marido é de afeto, ajuda mútua e preocupação de um em relação ao outro. Afirma ainda gostar de sua sogra, do tio que mora em São Paulo, dos profissionais do CAPSII, e do seu irmão, identificado como I3.

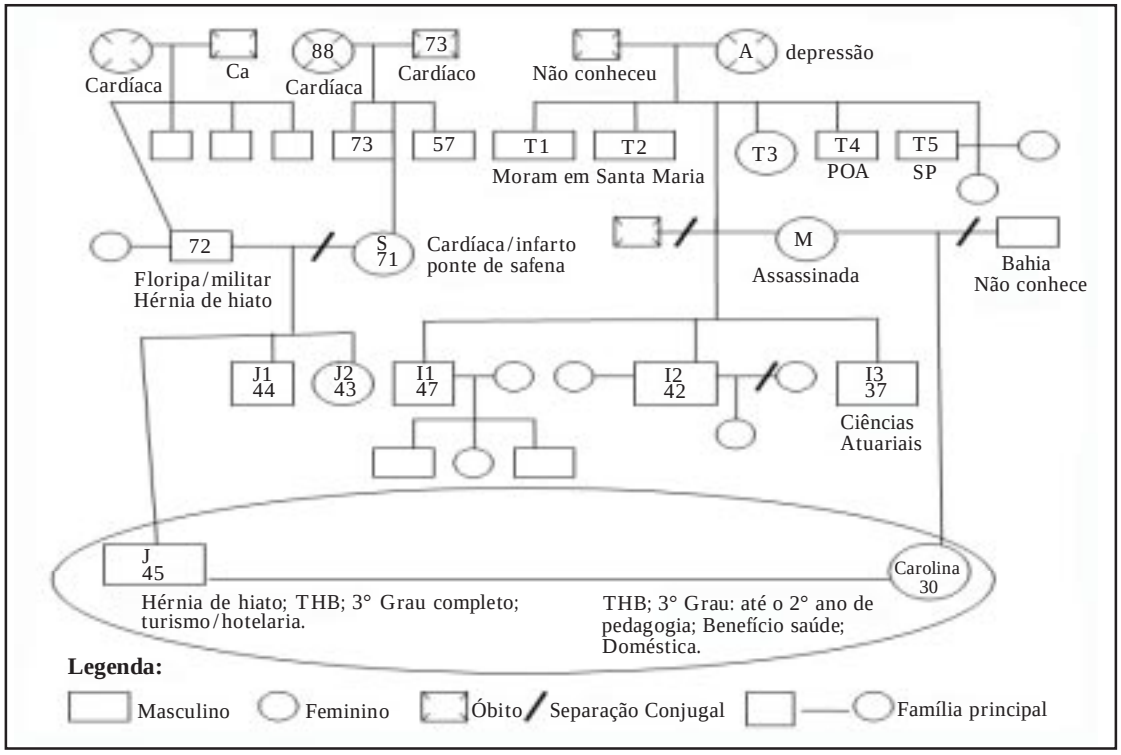


Figura 1 – Genograma de Carolina.

Na avaliação de desenvolvimento, realizada por meio do ecomapa, foram analisados os vínculos e relações da usuária na família e na sociedade, representados na Figura 2.

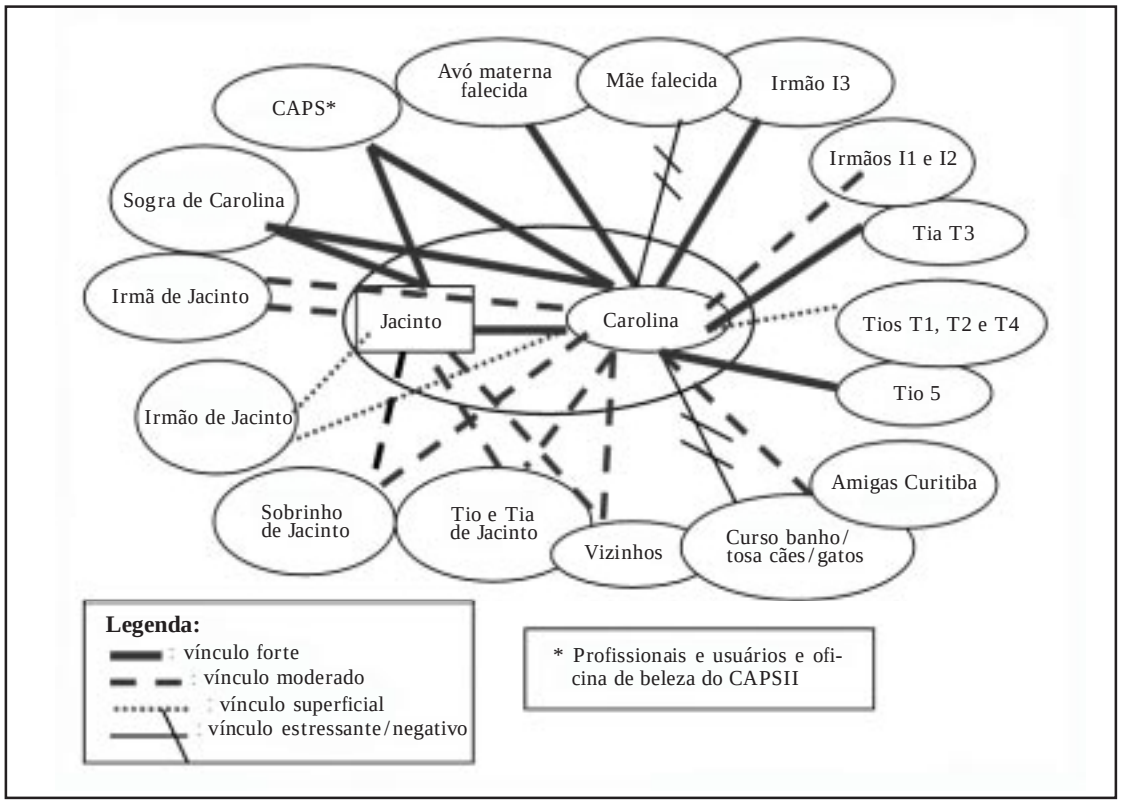


Figura 2 – Ecomapa de Carolina.

Analisando-se os vínculos de Carolina, identificam-se vínculos fortes com seu companheiro Jacinto, irmão identificado como I3, sogra, tia identificada como T3, avó materna, tio identificado com T5, profissionais e usuários do CAPSII.

Carolina define o vínculo com Jacinto como uma relação de "igual para igual", ou seja, não há domínio de um sobre o outro. As decisões são tomadas em conjunto e eles se ajudam reciprocamente. Descreve a relação com o irmão identificado por I3 como afetiva, uma relação de convívio.

Quanto a sua sogra, diz ser uma relação de apoio. Elas se encontram todas as semanas e se ajudam quando precisam.

Carolina considera sua tia materna (T3) como uma mãe. Elas se falam todas as semanas por telefone ou através de carta. Visitam-se sempre que podem e considera o relacionamento entre elas muito maternal, uma lembrança afetiva positiva de sua infância, que procura preservar. Também considera afetiva a relação que mantém com o tio que reside em São Paulo (T5), mantendo esse contato por telefone. O relacionamento com a avó materna na infância, com a qual morou, é lembrado pela afetividade e ótima vivência, definindo-o como uma relação de afeto, de atenção e de cuidado.

Os profissionais, usuários e a oficina de beleza do CAPSII também são apontados como relacionamentos fortes, pois têm possibilitado sua inserção social, permitindo encontrar seu papel enquanto cidadão e criar uma ligação com a sociedade[11].

Observa-se que os relacionamentos consangüíneos de Carolina são definidos como fortes, pois despertam nela emoções e são lembrados como prazerosos. Caracterizam-se como importantes, transcendendo a presença, são apoios sociais, pois há a sensação de bem-estar com essas experiências. Porém, Carolina afirma ter vínculos moderados com seus irmãos identificados como I1 e I2, tios (T1, T2 e T4), irmã e sobrinho de Jacinto, amigas de Curitiba e vizinhos. São relacionamentos caracterizados como mais distantes, são contatos rápidos, sem muitas conversas, de pouca afetividade como se fossem reuniões formais/comemorativas de família. Também diz ter relacionamentos superficiais, de pouco contato, com seus tios maternos (T1, T2 e T4) e com o irmão de Jacinto, não tendo muita afinidade com essas pessoas.

Já, quanto ao curso de banho e tosa de cães/gatos que estava realizando, diz que não correspondeu às suas expectativas, deixando-a mal, decepcionada, deprimida e desanimada, caracterizando-o como um vínculo negativo. Sua difícil relação com a mãe também é considerada um vínculo passado negativo muito marcante em sua vida.

A avaliação e identificação desses vínculos estão relacionadas ao contexto dos espaços micro e macro social, nos quais Carolina circula e tece sua trama de relações. Conhecer esses vínculos é importante e benéfico à medida que possibilita um tratamento voltado para a Carolina enquanto sujeito, sua cultura e sua vida.

A identificação dos vínculos e da rede de relações de Carolina através da construção do genograma e ecomapa possibilitou uma análise do mapa mínimo de suas relações e as funções que estas desempenham em sua vida, evidenciando sua rede social de apoio. Assim, a companhia social, que se refere à realização de atividades conjuntas e compartilhar atividades cotidianas, é representada pelo seu companheiro, sua sogra, o CAPSII e sua oficina de beleza, oferecendo suporte e o compartilhamento de sua rotina cotidiana.

O apoio emocional é encontrado junto ao seu companheiro, sua sogra, seu irmão identificado como I3, sua tia identificada T3 e o tio identificado como T5. Esses familiares oferecem auxílio, solidariedade, havendo uma identificação e sensação de poder compartilhar sua vida com eles, pois, emocionalmente, essas vivências são positivas.

Carolina compartilha informações pessoais (tristezas, chateações) com seu companheiro, com a sogra, o psicólogo, colegas do CAPSII, professores, supervisores de estágio, com os quais esclarece dúvidas e revê seus papéis na sociedade.

Em relação à regulação social, representada pelas interações que lembram ou reafirmam responsabilidades e papéis sociais, afirma que se "espelha" na sua tia identificada como T3 que sempre foi boa profissional, trabalhadora. Mesmo depois de aposentada, sua tia T3 desempenha vários papéis: faz trabalho voluntário, trabalho no asilo, entre outros, fazendo-a lembrar que cada pessoa tem que desempenhar um papel na sociedade. A imagem que tem dessa tia é de uma pessoa dedicada, carinhosa e amorosa com todos que dela se aproximam, servindo de exemplo para realizar seu tratamento, voltar para a sociedade e para o mercado de trabalho.

Referente à ajuda material e de serviços, Carolina recebe benefício do auxílio-doença e o casal também conta com recursos financeiros dos pais

de Jacinto para aquisição e suprimento das necessidades diárias.

O CAPSII aparece também como uma oferta de conhecimentos, propiciando um cuidado que pode potencializar a pessoa e seus valores a partir da sua realidade. O serviço é identificado como local de acolhimento e de inserção social, e tem propiciado melhoria nas condições de vida e saúde de Carolina. Também tem possibilitado o acesso a novos contatos, ampliando sua rede social pessoal. Através das oficinas e do relacionamento com os outros usuários, há convívio social, mobilizando contatos entre as pessoas e novas aproximações.

Identificou-se que Carolina tem seu microssistema familiar fortalecido em relação ao macrossistema, já que seus relacionamentos mais amplos referem-se ao vínculo forte com o CAPSII. Isso não é identificado pela usuária como um problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou identificar a rede social de apoio de uma usuária em atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial, por meio da aplicação do Modelo Calgary de Avaliação de Família.

Esse serviço é substitutivo ao manicômio, considera o meio social e o território do indivíduo, espaços em que se estabalecem os vínculos e as relações das pessoas, além de constituir uma rede de apoio social, condicionante para a compreensão desses sujeitos.

Nesse sentido, busca-se uma parceria entre profissionais/família/sociedade, com o objetivo de engajamento e ampliação de recursos da rede social de apoio no território, considerando-se as relações e vínculos do micro e macrossistema familiar.

A família é entendida como uma parceira no enfrentamento e vivência da doença mental para além dos muros hospitalares.

O MCAF, através de uma abordagem sistêmica de família, permite compreender as relações entre os sistemas e subsistemas presentes no sistema familiar.

A construção conjunta do genograma e ecomapa possibilitou compartilhar com a dupla usuária/famíliar seu processo de viver a vida. Essa vivência e troca de informações permitiu visualizar a pessoa no seu contexto de relações que estabelece com o mundo social, dando visibilidade a seus caminhos, seus vínculos e relações sociais, ao traçar um mapa de seu modo de viver a vida.

Na família estudada, identificou-se um significativo apoio em relação ao microssistema familiar e seu relacionamento com o macro espaço social centrado no serviço de saúde. Tal fato deve ser aproveitado como uma informação para as equipes de saúde identificarem fragilidades e fortalezas para implementação da atenção em saúde mental.

Entende-se que conhecer os vínculos e as redes de apoio social aparecem como estretégias facilitadoras e ampliadoras das ações de saúde mental, consolidando a proposta da Reforma Psiquiátrica quanto ao exercício de cidadania e inclusão social.

Portanto, espera-se dos serviços de saúde o respeito pelo mundo das pessoas, que os serviços possam ser espaços sociais de escuta, acolhimento, afeto e liberadade que consideram a existência e vivência do indivíduo em sofrimento psíquico em seu meio social.

REFERÊNCIAS

1 Moura LS, Kantorski LP, Galera SAF. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela Equipe da Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2006;27(1):35-44.

2 Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

3 Lüchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(2):399-407.

4 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002: dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. [Internet]. Brasília (DF); 2002 [2009 maio 31]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf.

5 Schrank G. Centro de Atenção Psicossocial e a inserção da família [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

6 Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.

7 Schrank G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção de família. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):127-34.

8 Lacerda A. Apoio social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no campo da saúde pública [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

9 More COO. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. Paidéia. 2005;15(31):287-97.

10 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

11 Loyola CMD, Rocha T, Silva Filho JF. Agentes comunitários de saúde como estratégia de atendimento em saúde mental: o projeto de viva a vida. Cad IPUB. 2007;13(24):81-90.

Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:
Eliane Lavall
Av. João Pessoa, 41, ap. 728, Bairro Farroupilha
90040-000, Porto Alegre, RS
E-mail: elivall2@yahoo.com.br

Recebido em: 20/05/2008
Aprovado em: 29/10/2008

Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social em Doentes Submetidos a Revascularização do Miocárdio

Teresa Jesus Rodrigues Ferreira *
José Luis Pais Ribeiro **
Manuel Domingos de Meira Santos Guerreiro ***



Foi nosso objectivo estudar a adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a uma população com doença das artérias coronárias. A amostra incluiu 228 homens e 26 mulheres, com idades entre os 29 e 83 anos (M = 56,90), submetidos a cirurgia cardíaca – *bypass* das artérias coronárias e a Angioplastia Transluminal Percutânea das Coronárias.

A ESSS tem 15 itens com respostas numa escala de concordância de 5 pontos. Avalia nas suas sub-escalas: a "satisfação com amizades/amigos"; "intimidade"; "satisfação com a família" e a "satisfação com a realização nas actividades sociais". Pontuações mais elevadas são indicadoras de maior nível de satisfação com o suporte social. O valor de consistência interna para a escala global foi de 0,77.

Observou-se uma associação negativa entre ESSS, ansiedade e depressão, avaliadas pela "*Hospital Anxiety and Depression Scale*", e exaustão vital, diminuição de energia, sentimentos de desmoralização e irritabilidade, avaliados pela Escala de Exaustão Vital.

A ESSS é válida e sensível para avaliar a satisfação com o suporte social e adequada para a população com doença coronária, não dispensando porém a continuação de estudos neste âmbito.

Introdução

Estudos realizados nas últimas décadas fazem referência aos efeitos positivos do suporte social ao nível da saúde física e mental das pessoas (COBB, 1976; LLOR *et al.*, 1995; McNALLY e NEWMAN, 1999; MARÍN, 1995; SARASON, 1988).

O reconhecimento do papel protector do suporte social, operacionalizado como entidade específica e influente no estado de saúde, foi descrito por COBB (1976) como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o sujeito a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele; crença de que é estimado, valorizado; e sentido de pertença a uma rede de relações. A relação suportiva com efeito protector implica o desenvolvimento do "*sentimento de que somos amados e valorizados, em que outros significativos se interessam pelo nosso bem-estar*" (SARASON, 1988, p.122).

FRIDFINNSDOTTIR (1997) define suporte social como "*transacção individual que envolve apoio emocional, informação, e/ou ajuda tangível, e que melhora o coping e/ou modera o impacto de stressores*" (p.527).

* Mestre em Psicologia; Professora-Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de São João – Porto (e-mail: teresarodrigues@esenf.pt).

** Doutor em Psicologia; Professor Associado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Porto.

*** Doutor em Cirurgia pela Faculdade de Medicina – Universidade do Porto; Director Clínico do Hospital da Arrábida.

McNALLY e NEWMAN (1999) distinguem a nível conceptual o suporte social quer como entidade objectiva quer como entidade subjectiva. Objectivamente, o suporte social consiste em "*...a "structural" measure of social ties*"(p.309). Nesta perspectiva, o suporte social inclui a existência e extensão das ligações sociais, tais como: cônjuge, família, religião (Igreja), ou outros grupos de afiliação onde a avaliação da estrutura das ligações sociais compreende a composição e organização da rede social individual. O suporte social, como entidade subjectiva, é visto como um construto multidimensional, compreendendo diversos e distintos componentes, tais como, a ajuda emocional e a ajuda instrumental. Assim, o conceito de suporte assenta nas percepções subjectivas e apreciações individuais.

Esta dimensão subjectiva da percepção do suporte social proporciona maior ou menor nível de satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social, variável que melhor explica os resultados de saúde (RIBEIRO, 1999[a]).

A quantidade, tipo e fonte de apoio social diferem nos diferentes momentos/fases do ciclo saúde-doença, assim como, a influência de outras variáveis: factores ambientais ou genéticos, impacto temporal, especificidade da fonte e o nível de consciência da disponibilidade de apoio, e apoio recebido (HUPCEY, 1998; MARÍN, 1995; NAVALHAS, 1998).

HOLAHAN *et al.* (1995) analisaram a influência da satisfação com o apoio social sobre a adaptação psicológica à doença, verificando que os recursos sociais são determinantes na compreensão da variabilidade individual quanto à incidência de sintomas depressivos, numa população de doentes cardíacos crónicos, beneficiando os esforços adaptativos com o suporte garantido pela rede social de apoio.

Como refere SARASON (1988), o suporte social é um conceito multidimensional, sendo avaliadas de múltiplas maneiras as suas implicações na saúde. Também, RIBEIRO (1999[a]) refere que "*existem inúmeras técnicas de avaliação que, cada uma por si, considera os diversos aspectos componentes ou dimensões, mas nenhuma, só por si, resolveu o problema de contemplar o suporte social na sua globalidade*" (p.551). Para este autor, a percepção é uma dimensão dos processos cognitivos e emocionais associados ao bem-estar e à qualidade de vida. Neste sentido, construiu uma escala de avaliação da satisfação com o suporte social existente.

Pretendemos neste trabalho estudar a adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (RIBEIRO, 1999[a]) numa amostra da população com doença das artérias coronárias, aprofundando o conhecimento das dimensões do suporte social avaliadas e suas associações com outras medidas de saúde.

Metodologia

Participantes

A amostra foi constituída por 254 sujeitos adultos com diagnóstico de Doença das Artérias Coronárias (DAC), internados num hospital central da região do grande Porto para revascularização do miocárdio por cirurgia cardíaca ou por PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty). Os sujeitos participaram voluntariamente, sendo seleccionados com base no diagnóstico médico de DAC. Foram excluídos doentes com outras patologias cardíacas associadas. Saber ler, escrever e capacidade de compreensão do conteúdo do questionário foram também condições de inclusão.

A amostra incluiu 228 homens e 26 mulheres provenientes na sua maior parte da região do grande Porto, com idades entre os 29 e 83 anos (M = 56,90; DP = 9,66), em que 127 (50,0%) foram submetidos a cirurgia cardíaca – *bypass* das artérias coronárias e 127 (50,0%) a PTCA. Apresentam-se em quadro as características gerais das sub-amostras.

Pela análise do quadro anterior observa-se que a sub-amostra submetida a cirurgia cardíaca apresenta uma média de idades superior à sub-amostra submetida a PTCA. Os elementos desta última apresentam um valor médio de anos de escolaridade ligeiramente superior aos primeiros.

QUADRO 1 – Características socio-demográficas das sub-amostras da população com DAC

	Amostra submetida a cirurgia (N = 127)			Amostra submetida a PTCA (N = 127)		
	Amplitude	M	DP	Amplitude	M	DP
Idade	39 - 83	59,38	8,39	29 - 81	54,41	10,23
Anos de escolaridade	3 - 20	6,96	4,05	3 - 19	7,79	4,40
	n	%		n	%	
Sexo						
Masculino	110	86,6		118	92,9	
Feminino	17	13,4		9	7,1	
Estado civil						
Casado	110	86,6		115	90,6	
Viúvo	9	7,1		1	0,8	
Solteiro	4	3,1		5	3,9	
Divorciado	4	3,1		6	4,7	
Situação laboral						
Empregado activo	58	45,7		79	62,2	
Desempregado	6	4,7		7	5,5	
Reformado	58	45,7		39	30,7	
Se empregado, qual a função actual no emprego?						
Dirigente	24	41,4		33	40,7	
Chefia	21	36,2		20	24,7	
Operário	12	20,7		28	34,6	
Sofre de alguma doença que obrigue a cuidados médicos regulares?						
Sim	84	66,1		77	60,6	
Não	42	33,1		50	39,4	
Vai habitualmente ao médico para vigilância da sua saúde?						
Sim	106	83,5		90	70,9	
Não	21	16,5		37	29,1	

Em ambas as sub-amostras, o sexo masculino é o mais representado, assim como o estado civil de casado. No que diz respeito à situação laboral (à altura da recolha de dados), os elementos da sub-amostra submetida a PTCA estavam na sua maior parte empregados e no activo (62,2%). Dos submetidos a cirurgia cardíaca, igual percentagem encontravam-se em situação de reforma (45,7%) e na de trabalhadores activos (45,7%). Os que se encontravam activos profissionalmente exerciam na sua maioria a função de dirigente: 41,4% dos elementos submetidos a cirurgia – *bypass* e 40,7% dos submetidos a PTCA.

Na sub-amostra dos que foram sujeitos a cirurgia cardíaca, a maioria referiu sofrer de uma ou mais doenças associadas (66,1%) que os obrigava a cuidados médicos regulares e que iam habitualmente ao médico para vigilância da sua saúde (83,5%). Comparativamente, os elementos da sub-amostra de doentes com DAC submetida a PTCA são aparentemente mais saudáveis, referindo menos situações de doença que os obrigasse a cuidados médicos (60,6%) e irem menos vezes ao médico para vigilância de saúde (70,9%).

Instrumentos

Ambas as sub-amostras: a submetida a cirurgia cardíaca – *bypass* e a submetida a PTCA, responderam aos seguintes questionários:

Um questionário sócio-demográfico com questões acerca de: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral e função no actual emprego, ocorrência (ou não) de alguma doença que necessitasse de cuidados médicos regulares e vigilância de saúde.

Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS (RIBEIRO, 1999[9]) – é uma escala de auto-preenchimento constituída por 15 frases,

apresentadas como um conjunto de afirmações. O respondente deve assinalar o grau de concordância com cada uma das frases numa escala de Likert com cinco posições: 1 – "*concordo totalmente*"; 2 – "*concordo na maior parte*"; 3 – "*não concordo nem discordo*"; 4 – "*discordo a maior parte*"; 5 – "*discordo totalmente*". A escala contém quatro sub-escalas que medem os seguintes aspectos do suporte social: "Satisfação com amigos" – tem cinco itens e procura medir a satisfação com as amizades/amigos; "Intimidade" – inclui quatro itens e mede a percepção de suporte social intimo; "Satisfação com a família" – nos três itens que a compõem, pretende medir a satisfação com o suporte familiar existente; "Actividades sociais" – através de três itens é medida a satisfação com a sua realização nas actividades sociais. Pontuações altas indicam um maior nível de satisfação com o suporte social.

Foi aplicada também a *Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS (ZIGMOND e SNAITH, 1983). É uma escala abreviada de avaliação da ansiedade e depressão, duas das formas mais comuns de distúrbios psicológicos em contextos médicos não psiquiátricos (HERRMANN, 1997). Consiste numa escala de catorze itens divididos em duas sub-escalas, uma para a ansiedade (7 itens) e outra para a depressão (7 itens), em que o doente valoriza cada item numa escala de quatro pontos, em que o grau de gravidade do sintoma oscila entre 0 e 3. Individualmente, os itens estão pontuados de 0 a 3 ou de 3 a 0, dependendo da direcção do enunciado dos termos utilizados no item. Pontuações altas indicam a presença de problemática (BOWLING, 1994; ZIGMOND e SNAITH, 1983).

Escala de Exaustão Vital (EV), adaptação de "*Maastricht Interview for Vital Exhaustion*" (MEESTERS e APPELS, 1996) à população portuguesa (FERREIRA *et al., in press*). É uma escala com 23 afirmações com o verbo na primeira pessoa, reflectindo um sintoma. Para a cotação foi utilizada uma escala de concordância de 7 pontos em que: 1 corresponde ao "*Discordo completamente*"; 2 – "*Discordo muito*"; 3 – "*Discordo moderadamente*"; 4 – "*Não concordo nem discordo*"; 5 – "*Concordo moderadamente*"; 6 – "*Concordo muito*" e 7 – "*Concordo completamente*". Assim, os *scores* variam entre 23 e 161, correspondendo o estado de exaustão vital aos scores mais elevados. A escala de EV, tem três sub-escalas: "diminuição de energia" com 13 itens; "sentimentos de desmoralização" com 7 itens e "aumento da irritabilidade" – 3 itens (FERREIRA *et al., in press*). Os itens que as constituem medem as características do estado de exaustão avaliado pela escala. Pontuações altas indicam a presença de problemática avaliada pela escala e sub-escalas.

Procedimentos

- Sub-amostra da população com DAC submetida a revascularização do miocárdio por cirurgia cardíaca:

Os doentes propostos para *bypass* das artérias coronárias, foram contactados no dia anterior à cirurgia, por via de regra o dia de admissão no hospital.

- Sub-amostra da população com DAC submetida a revascularização do miocárdio por PTCA:

O primeiro contacto com os doentes ocorreu depois das primeiras seis a oito horas após a PTCA. Os doentes ficavam em regime de internamento (completo) para vigilância contínua, ainda que em alguns casos de curta duração (aproximadamente 24 horas). Nas primeiras horas após a PTCA, o doente devia permanecer em repouso absoluto, conforme protocolo de actuação.

Para as duas sub-amostras, e depois de analisados os critérios de inclusão, eram explicados aos doentes os objectivos do estudo e o modo de preenchimento do questionário, assim como a solicitação do consentimento informado para a sua participação, sendo-lhes então entregue o questionário para auto-preenchimento. Na recolha do instrumento era verificado, se tinham sido respondidas todas as questões e, se não estivesse completo, era solicitado ao doente que o completasse e esclarecidas as possíveis dúvidas. Em alguns

casos, por dificuldades de visão (não terem consigo os óculos) ou indicação médica expressa para a manutenção do "repouso absoluto no leito", foi necessária a intervenção do investigador na ajuda aos doentes para preenchimento.

Resultados

Análise dos componentes principais com objectivos confirmatórios

Reproduzindo a análise de RIBEIRO (1999[a]), efectuámos uma análise de componentes principais com rotação ortogonal pelo método *varimax*. Os itens distribuíram-se inicialmente por 4 factores, explicando 59,25% da variância total da escala. No quadro 2 apresentam-se as cargas factoriais dos itens (> 0,30) da Escala de Satisfação com o Suporte Social assim obtidos, com os participantes do estudo (N = 254).

Pela análise do quadro 2, observa-se que os itens se distribuíram pelas sub-escalas definidas por RIBEIRO (1999[a]), à excepção do item 1. Este item "*Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria*" associou-se aos itens da sub-escala "Intimidade" em vez da "Satisfação com amizades" a que pertencia. Esta mudança faz sentido se considerarmos que a amostra aqui em estudo é constituída por adultos na segunda fase da vida, enquanto a do estudo original era constituída por jovens.

Validade convergente-discriminante

No sentido de se verificar a validade convergente-discriminante dos itens, verificou-se se a correlação dos itens com a escala a que pertenciam (ou era suposto pertencerem) era superior à das restantes escalas (RIBEIRO, 1999[a]). Os resultados obtidos na amostra estudada apresentam-se no quadro 3.

QUADRO 2 – Carga factorial dos itens por factor, valores prévios ou específicos (*eighenvalue*) e variância dos itens de cada factor *

Itens	Componentes 1	2	3	4	h^2
2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	0,80				0,67
5. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	0,78				0,62
4. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	0,76				0,64
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	0,69				0,60
12. Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família.		0,89			0,83
11. Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família.		0,83			0,74
10. Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família.		0,73			0,63
14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.			0,78		0,71
15. Gostava de participar mais em actividades de organizações sociais.			0,76		0,59
13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.			0,62		0,43
6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.				0,66	0,49
9. Ás vezes sinto a falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.				0,61	0,52
7. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.				0,55	0,54
1. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.				0,53	0,34
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	0,40			0,49	0,48
Eighenvalue (valores próprios ou específicos)	4,16	1,98	1,49	1,24	
Variância explicada (total = 59,25%)	27,74%	13,21%	9,99%	8,29%	

* Com rotação varimax.

QUADRO 3 – Correlação dos itens das sub-escalas e escala global de Satisfação com o Suporte Social (corrigida para sobreposição)

Itens	SA	IN	SF	AS	Total
1. Os meus amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	**0,14**	0,25	0,06	0,17	0,24
2. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	**0,62**	0,31	0,31	0,09	0,49
3. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	**0,49**	0,28	0,42	0,16	0,49
4. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	**0,62**	0,30	0,35	0,13	0,51
5. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	**0,56**	0,26	0,28	0,10	0,44
6. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	0,21	**0,33**	0,20	0,14	0,32
7. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer.	0,33	**0,35**	0,21	-0,05	0,31
8. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	0,41	**0,34**	0,28	0,05	0,41
9. Ás vezes sinto a falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	0,16	**0,27**	0,09	0,34	0,32
10. Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família.	0,35	0,22	**0,60**	0,26	0,49
11. Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	0,37	0,27	**0,67**	0,12	0,46
12. Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família.	0,34	0,25	**0,80**	0,17	0,49
13. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	0,13	0,11	0,19	**0,39**	0,28
14. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	0,23	0,27	0,24	**0,61**	0,45
15. Gostava de participar mais em actividades de organizações sociais.	0,09	0,07	0,04	**0,45**	0,20

AS – "Satisfação com Amizades"; IN – "Intimidade"; SF – "Satisfação com a Família"; AS – "Actividades Sociais".

Observa-se que o item 1 apresenta um valor mais elevado na correlação com as sub-escalas "Intimidade" $r_{(254)} = 0,25$ e "Actividades sociais" $r_{(254)} = 0,17$, do que com a "Satisfação com amizades" $r_{(254)} = 0,14$), a que pertence na escala original. O item 8 "*Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência, tenho várias pessoas a quem posso recorrer*" apresenta um valor mais elevado na correlação com a sub-escala "Satisfação com amizades" $r_{(254)} = 0,41$, do que com a sub-escala "Intimidade" $r_{(254)} = 0,34$, da qual faz parte originariamente. Também o item 9 apresenta valor mais elevado em "Actividades sociais" $r_{(254)} = 0,34$, do que na sub-escala "Intimidade" $r_{(254)} = 0,27$.

Nos itens 1, 8 e 9, por o diferencial entre os valores não ser discriminativo (<20), optou-se por mantê-los nas sub-escalas originais (RIBEIRO, 1999[a]). Nas sub-escalas "Satisfação com a família" e "Actividades sociais", os itens apresentam um bom poder discriminativo relativamente às outras sub-escalas. Os itens das sub-escalas "Satisfação com amizades" e "Intimidade" apresentam fraco poder discriminativo sobretudo entre si, sendo necessário averiguar o comportamento destes itens em estudos posteriores com populações idênticas (nível etário e com doença crónica).

A análise dos resultados que se segue tem por base as sub-escalas do autor, cujos itens são assinalados a negrito no quadro 3.

Análise da fidelidade da escala

Para ANASTASI (1990), os testes de fidelidade indicam em que medida as diferenças individuais obtidas numa prova são atribuíveis a reais diferenças nas características medidas ou ao acaso. Este conceito engloba os conceitos de estabilidade e o de consistência interna. Na análise da consistência interna, um dos métodos utilizados para o seu cálculo é o do coeficiente *Alpha de Cronbach* (ALMEIDA e FREIRE, 1997; ANASTASI, 1990; POLIT e HUNGLER, 1995; RIBEIRO, 1999[b]).

Este método procura avaliar em que grau a variância geral dos resultados na escala se associa ao somatório da variância item a item (NUNNALY e BERNSTEIN, 1994; RIBEIRO, 1999[b]).

QUADRO 4 – Consistência interna da escala e sub-escalas da ESSS

Escala e sub-escalas do ESSS	N.º itens	*Alpha* de Cronbach (N = 254)	*Alpha* de Cronbach (N = 609)*
Escala total	15	0,77	0,85
Satisfação com amizades – SA	5	0,70	0,83
Intimidade – IN	4	0,53	0,74
Satisfação com a família – SF	3	0,81	0,74
Actividades sociais – AS	3	0,67	0,64

* Resultados obtidos a partir de RIBEIRO (1999a)

No quadro 4, comparando com os resultados obtidos por RIBEIRO (1999[a]), os deste são superiores, à excepção das sub-escalas "Satisfação com a família" e "Actividades sociais".

Para a satisfação com o suporte social avaliada pela escala e na amostra estudada, a "Satisfação com a família" apresenta o valor mais elevado (*alpha* = 0,81) revelando boa consistência dos resultados obtidos. Para a "Intimidade", o valor é baixo (alpha = 0,53), enquanto que os demais são satisfatórios.

Validade concorrente

Investigou-se a validade concorrente com medidas de ansiedade, depressão e exaustão vital. O pressuposto é de que a satisfação com o suporte social está associada de forma negativa (correlação negativa) e com significado estatístico a medidas indicadoras de mal estar. Apresentam-se a seguir os valores da correlação entre ESSS e medidas critério.

A análise correlacional efectuada permite consolidar a hipótese de uma associação inversa entre os recursos psicossociais e a depressão, no confronto com problemas de saúde física. A evidência surge através dos valores que correlacionam negativamente e de forma estatisticamente significativa, a satisfação com o suporte social (escala e sub-escalas) com ansiedade e depressão (escala e sub-escalas).

Na generalidade, a satisfação com o suporte social (escala global) tem efeito protector/amortizador da ocorrência da ansiedade e depressão no confronto com a doença das coronárias, evidenciado pela correlação negativa com significado estatístico ($r_{(254)}$ = -0,32, p <0,01).

QUADRO 5 – Correlação de Pearson entre ESSS e HADS e Exaustão Vital (escalas e sub-escalas)

(N = 254)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ESSS (total)	—	0,77**	0,71**	0,65**	0,57**	-0,32**	-0,29**	-0,28**	-0,32**	-0,26**	-0,36**	-0,21**
2. ESSS – SA		—	0,41**	0,41**	0,20**	-0,17**	-0,16*	-0,14*	-0,14*	-0,11ns	-0,18**	-0,06ns
3. ESSS – IN			—	0,29**	0,20**	-0,39**	-0,34**	-0,35**	-0,35**	-0,27**	-0,43**	-0,22**
4. ESSS – SF				—	0,20**	-0,14**	-0,12*	-0,12*	-0,13*	-0,08ns	-0,17**	-0,13*
5. ESSS – AS					—	-0,17**	-0,17**	-0,12*	-0,24**	-0,24**	-0,19**	-0,14*
6. HADS						—	0,90**	0,87**	0,72**	0,64**	0,69**	0,51**
7. Ansiedade							—	0,57**	0,63**	0,54**	0,61**	0,50**
8. Depressão								—	0,65**	0,60**	0,62**	0,41**
9. EV									—	0,95**	0,84**	0,70**
10. EV D. energia										—	0,69**	0,57**
11. EV Desmoral.											—	0,50**
12. EV A. Irritabil.												—

Nota: ** p<0,01 (2-tailed); * p<0,05 (2-tailed); n.s. Correlação não significativa;
ESSS: Escala de Satisfação com o Suporte Social (escala global); ESSS – SA: Satisfação com amizades; ESSS – IN: Intimidade; ESSS – SF: Satisfação com a família; ESSS – AS: Actividades sociais; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale (escala global); Ansiedade (avaliada pela HADS); Depressão (avaliada pela HADS); EV: Exaustão vital (escala global); EV D. Energia: Diminuição de energia; EV Desmoral.: Sentimentos de desmoralização; EV A. Irritabil.: Aumento da irritabilidade.

É evidente que a percepção da existência de suporte social íntimo minimiza os efeitos deletérios da ansiedade e depressão (HADS) no confronto com a doença e hospitalização ($r_{(254)}$ = -0,39, p <0,01).

A forte associação entre Exaustão Vital e HADS indicia uma sobreposição de construtos avaliados pelas duas escalas (FERREIRA *et al., in press*). Reforçando essa sobreposição, a satisfação com o suporte social na globalidade e nas dimensões avaliadas pela ESSS associam-se negativamente com a exaustão vital. De salientar a relevância da fadiga não habitual com diminuição de energia interferir na satisfação com as actividades sociais, evidenciado pela associação negativa com significado estatístico entre a ocorrência de "diminuição de energia" e "actividades sociais" ($r_{(254)}$ = -0,24, p <0,01). Os valores mais elevados e com significância, observam-se na correlação negativa entre "Sentimentos de desmoralização" com "Intimidade", ESSS (escala global), "Satisfação com amizades" e "Satisfação com a família" (respectivamente, $r_{(254)}$ = -0,43, -0,36, -0,18, -0,17; p <0,01). Tal como na análise anterior entre ESSS e HADS, também a satisfação com o suporte social íntimo diminui os sentimentos de desmoralização percepcionados pelos doentes coronários.

Neste estudo sai reforçada a evidência do efeito protector/amortizador da percepção de suporte social no confronto com a doença física, nomeadamente com a doença das artérias coronárias.

Analisou-se também a relação entre suporte social e idade, apresentando apenas significado estatístico a correlação positiva, mas modesta, com a "satisfação com a família" ($r_{(254)}$ = 0,16, p <0,01). Ainda que com uma correlação baixa, a satisfação com a família associa-se aos doentes com DAC com mais idade.

Os anos de escolaridade correlacionam-se negativamente e com significância estatística, com a percepção de suporte social (escala global), satisfação com amizades e família (respectivamente, $r_{(254)}$ = -0,18, -0,20; p <0,01 e $r_{(254)}$ = -0,12; p <0,05). Embora com associações fracas, é evidente que a satisfação com o suporte social na sua generalidade, amizades e família se associa aos níveis mais baixos de escolaridade, na amostra estudada.

Compararam-se ainda as médias de satisfação com o suporte social, escala global e sub-escalas entre algumas sub-amostras, apresentando-se os resultados no quadro seguinte.

Atendendo ao tipo de revascularização das artérias coronárias, não são observadas diferenças estatisticamente significativas entre elementos das duas sub-amostras, pelo que a satisfação com o suporte social avaliado pela ESSS é idêntico nos doentes submetidos a revascularização por cirurgia cardíaca ou por PTCA. Pode observar-se resultado idêntico para o sexo.

A percepção de suporte proporcionado pela família difere estatisticamente entre os sujeitos atendendo ao estado civil. São os indivíduos casados os que apresentam maior satisfação nesta dimensão, enquanto que os solteiros são os mais insatisfeitos.

Na satisfação com amizades, tem significado estatístico a diferença de médias entre indivíduos atendendo à sua situação profissional, à altura da recolha de dados. Pelo teste post-hoc Scheffé, as diferenças localizaram-se entre os indivíduos que estavam desempregados com os que se encontravam em situação de empregados no activo e com os reformados. São os que estão em situação de desemprego os mais insatisfeitos com as amizades.

De entre os sujeitos que têm uma situação profissional de empregados e no activo, observaram-se diferenças com significância estatística ao nível da função desempenhada no emprego, nas dimensões "Intimidade" e "Satisfação com a família". Ao nível da sub-escala "Intimidade", as diferenças significativas localizaram-se entre os que exerciam funções de chefia e os que desempenhavam funções de operário à altura da recolha de dados. Os chefes apresentaram, em média, maior satisfação ao nível da intimidade.

Na sub-escala "Satisfação com a família", a diferença estatisticamente significativa situou-se entre os que desempenhavam funções de dirigente e os operários. Os operários apresentaram, em média, um maior nível de satisfação com a família.

QUADRO 6 – Comparação entre médias de satisfação com o suporte social (escala global e sub-escalas) para tipo de revascularização, sexo, estado civil, situação profissional, função laboral, (in)existência de comorbilidade e vigilância de saúde

	ESSS (Total)		Satisfação Amizades		Intimidade		Satisfação Família		Actividades Sociais	
	M (DP)	F/t (p)	M (DP)	F/t (p)	M (DP)	F/t (p)	M (DP)	F/t (p)	M (DP)	F/t (p)
Tipo de revascularização										
Cirurgia (n=127)	55,85 (8,28)	0,94	19,49 (3,61)	0,79	14,91 (3,28)	0,29	13,00 (2,64)	0,10	8,44 (2,89)	1,51
PTCA (n=127)	56,84 (8,42)	(n.s.)	19,84 (3,36)	(n.s.)	15,03 (3,17)	(n.s.)	12,96 (2,36)	(n.s.)	9,00 (2,98)	(n.s.)
Sexo										
Masculino (n=228)	56,42 (8,31)	0,43	19,66 (3,48)	0,10	15,00 (3,25)	0,52	12,99 (2,53)	0,12	8,76 (2,91)	0,68
Feminino (n=26)	55,66 (8,82)	(n.s.)	19,73 (3,58)	(n.s.)	14,65 (3,04)	(n.s.)	12,92 (2,29)	(n.s.)	8,34 (3,24)	(n.s.)
Estado civil										
Casado (n=225)	56,71 (8,25)		19,70 (3,40)		15,05 (3,24)		13,16 (2,32)		8,78 (3,04)	
Viúvo (n=10)	53,56 (9,09)	1,37	19,41 (4,65)	0,32	13,20 (3,01)	1,75	12,34 (2,25)	**4,20**	8,59 (2,22)	0,52
Solteiro (n=10)	54,50 (10,42)	(n.s.)	18,70 (4,32)	(n.s.)	15,90 (2,96)	(n.s.)	11,40 (4,16)	**(0,006)**	8,50 (1,90)	(n.s.)
Divorciado (n=9)	52,33 (6,72)		20,11 (3,51)		13,77 (2,63)		10,88 (3,51)		7,55 (1,94)	
Situação profissional										
Empregado (n=137)	56,52 (9,03)	2,09	19,80 (3,68)	**4,49**	15,06 (3,21)	1,94	12,71 (2,55)	1,61	8,94 (2,94)	1,17
Desempregado (n=13)	51,61 (9,42)	(n.s.)	16,84 (4,56)	**(0,01)**	13,23 (3,24)	(n.s.)	12,84 (2,64)	(n.s.)	8,69 (2,81)	(n.s.)
Reformado (n=97)	56,46 (7,18)		19,81 (2,94)		14,98 (3,23)		13,31 (2,45)		8,35 (2,96)	
Função actual no emprego										
Dirigente (n=57)	56,19 (9,48)	0,52	19,82 (3,68)	0,13	15,03 (3,01)	**3,77**	12,10 (2,96)	**3,50**	9,22 (2,95)	0,20
Chefia (n=41)	57,87 (9,12)	(n.s.)	19,97 (3,45)	(n.s.)	16,09 (3,35)	**(0,02)**	12,92 (2,30)	**(0,03)**	8,87 (3,21)	(n.s.)
Operário (n=40)	56,08 (8,49)		19,55 (3,90)		14,17 (3,14)		13,43 (1,88)		8,92 (2,78)	
Sofre de alguma doença que obrigue a cuidados médicos regulares?										
Sim (n=161)	56,27 (8,17)	0,16	19,81 (3,25)	0,96	15,00 (3,21)	0,15	13,09 (2,59)	0,89	8,36 (2,93)	**2,56**
Não (n=92)	56,45 (8,73)	(n.s.)	19,38 (3,86)	(n.s.)	14,93 (3,27)	(n.s.)	12,79 (2,36)	(n.s.)	9,33 (2,89)	**(0,01)**
Vai habitualmente ao médico para vigilância da sua saúde?										
Sim (n=196)	56,98 (7,67)	**1,93**	19,70 (3,28)	0,29	15,28 (3,18)	**2,83**	13,24 (2,34)	**2,97**	8,74 (2,97)	0,24
Não (n=58)	54,20 (10,11)	**(0,05)**	19,53 (4,11)	(n.s.)	13,93 (3,17)	**(0,005)**	12,10 (2,84)	**(0,006)**	8,63 (2,85)	(n.s.)

A ocorrência de alguma(s) doença(s) que obrigue a cuidados médicos regulares interfere com as actividades sociais. Os sujeitos que referiram não ter doença(s) associadas, têm significativamente maior satisfação com as actividades sociais, do que aqueles que referiram terem problemas de saúde que os obrigava a cuidados médicos com regularidade.

Os participantes que referiram ir habitualmente ao médico para vigilância da sua saúde, apresentam, em média, maior satisfação com as amizades, intimidade, família, actividades sociais e na globalidade com o suporte social. Essa diferença é estatisticamente significativa para a globalidade do suporte social avaliado pela escala, intimidade e satisfação com a família.

Discussão

No estudo da adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social a uma amostra da população com doença das artérias coronárias submetida a revascularização do miocárdio, foram reproduzidos os procedimentos estatísticos efectuados por RIBEIRO (1999[a]). Na análise dos componentes principais os itens distribuíram-se por quatro factores, explicando 59,25% da variância total da escala. Na rotação *varimax* os itens distribuíram-se pelas sub-escalas do autor, à excepção do item 1. Em alguns itens, por o diferencial não ser suficientemente discriminativo das sub-escalas, optou-se neste estudo, por mantê-los nas sub-escalas originais (RIBEIRO, 1999[a]). Nas sub-escalas "Satisfação com amizades" e "Intimidade" alguns

itens apresentaram fraco poder discriminativo entre si, pelo que a amostra estudada parece não diferenciar na relação suportiva entre amizades e intimidade. Em posteriores estudos, com populações idênticas, devem ser clarificados estes domínios do suporte social.

Na análise da validade concorrente com medidas de ansiedade, depressão e exaustão vital, os resultados deste estudo consolidam as indicações prévias de que a ausência de suporte social, ou ainda a presença de aspectos negativos resultantes do processo de dolência, exercem uma influência adversa sobre o bem-estar e capacidade adaptativa do sujeito.

No adoecer cardíaco, invariavelmente considerado uma situação de crise, os doentes estão sujeitos a um *stress* emocional intenso e particular em que a doença é vivida como uma ameaça vital, imediata e grave acompanhada da ideia de morte súbita (BROUETTE, 1998), que, naturalmente, se estende à dimensão interpessoal e do apoio social. Segundo MURO *et al.* (1999), o apoio social aparece como uma necessidade essencial do ser humano em época de crise, como é o confronto com a doença cardíaca.

Os resultados deste estudo são consistentes com os de SARAFINO (2002) e UNDERWOOD (2000) no que diz respeito ao efeito protector do suporte social a nível individual sobre os efeitos negativos da exposição a *stressores*, como são a doença do coração e as técnicas de revascularização do miocárdio.

Verificou-se que o maior grau de satisfação com o relacionamento interpessoal ao nível das amizades, intimidade, família e actividades sociais tinha um papel determinante na minimização da ansiedade, depressão e exaustão vital nos doentes com DAC. É de salientar a relevância da satisfação com as relações sociais íntimas na moderação dos efeitos da ansiedade, depressão e exaustão vital nomeadamente, na componente de desmoralização no processo de confronto com a hospitalização para realização da revascularização das artérias coronárias.

Para APPELS e MULDER (1989), o que designam por Exaustão Vital pode ser apelidado por outros autores como depressão moderada. Também para FERREIRA *et al.* (*in press*), existe sobreposição de construtos avaliados pelas duas escalas: HADS e Exaustão Vital. Assim, não é de estranhar a semelhança destas nos resultados obtidos com a ESSS. Estudos realizados por Sarason e colaboradores evidenciaram que sujeitos com elevado suporte social têm moral mais elevado e uma visão optimista acerca da sua vida (SARASON, 1988), minimizando as disposições depressivas (BISHOP, 1994; HOLAHAN *et al.*, 1995; MARÍN, 1995). BILLINGS e MOOS (1984) e BROUETTE (1998) fazem também referência à função amortizadora do suporte emocional sobre os efeitos depressivos da doença cardíaca.

Neste estudo encontrou-se uma associação positiva entre idade e satisfação com o apoio fornecido pela família. BISHOP (1994), aludindo a estudos de suporte social com doentes cardíacos, refere a importância do suporte fornecido pela família na redução do distress e sintomatologia cardíaca e, segundo ACHAT *et al.* (1998), na melhoria do funcionamento mental. Nas pessoas idosas, a percepção de suporte emocional proporciona mais protecção para a depressão do que o suporte tangível (BRANNON e FEIST, 1996).

A correlação negativa encontrada entre os anos de escolaridade e a satisfação com família, amizades e suporte social, indicia que os sujeitos com mais habilitações são mais exigentes nos seus níveis de satisfação social. Segundo COYNES e DeLONGIS (1986), a percepção de falta de suporte pode ser secundária a outras dificuldades, que tornam a pessoa mais vulnerável ao nível emocional, e assim mais exigente quanto aos recursos sociais disponíveis (cit. por COELHO e RIBEIRO, 2000). BROUETTE (1998) refere que o apoio social é mais benéfico nos indivíduos que apresentam menor exigência de apoio, enquanto que o apoio fornecido aos muito exigentes é sempre tido como insuficiente.

Nas sub-amostras estudadas, a percepção do suporte social é idêntica independentemente da técnica de revascularização das artérias coronárias efectuada (*bypass* ou PTCA). Essa percepção é igualmente semelhante, quer para as mulheres quer para os homens. MESTRE e RIBEIRO (2002) aplicaram a ESSS numa amostra de doentes com Acidente Vascular Cerebral, observando que os homens se encontravam mais satisfeitos do que as

mulheres com o suporte social, nomeadamente na "Satisfação com amizades" e "Intimidade". Diferenças que não encontramos no nosso estudo, apesar de os homens apresentarem valores ligeiramente superiores aos das mulheres. Estes resultados não suportam a maioria dos autores consultados, que referem a ocorrência de diferenças entre os sexos na percepção do apoio social.

Segundo SARAFINO (2002), as mulheres recebem menos suporte dos companheiros do que os homens e parecem confiar nas amigas como garante de suporte social. O sexo feminino representa 10% da amostra, será que nesta pequena percentagem ficam diluídas as diferenças entre sexos referidas pelos autores consultados?

A satisfação com o apoio fornecido pela família é maior nos doentes com DAC casados do que nos solteiros. Este resultado sobrepõe-se aos encontrados por COELHO e RIBEIRO (2000) e SARAFINO (2002). A intimidade e o cuidado que usualmente caracteriza as relações amorosas do adulto, como no casamento, garante a oportunidade de uma continuada fonte de suporte (SARAFINO, 2002).

Os que tinham uma situação laboral de desempregados, ao nível da satisfação das amizades, estavam mais insatisfeitos do que os empregados e reformados. Segundo COBB (1974), para os homens, o desemprego constitui a maior crise das suas vidas, sobretudo se tiveram um emprego estável por alguns anos. Para MURO *et al.* (1999), a integração numa rede social de grande tamanho supõe ter à mão mais oportunidades de conseguir apoio. Em situação de desemprego, é pouco provável que exista a mesma proximidade com os antigos colegas de trabalho que, eventualmente, tinham função suportiva, diminuindo assim o tamanho da rede social destes indivíduos.

Os indivíduos que ocupam posições de chefia estão em média mais satisfeitos com o suporte íntimo do que os operários. Por outro lado, são operários os mais satisfeitos com a família do que os dirigentes. Este resultado confirma o anterior da relação inversa entre anos de escolaridade e satisfação com a família, na medida em que para a função laboral de operário na nossa sociedade não é requerido um nível de instrução elevado.

Os que não referiram outra(s) doença(s) estão mais satisfeitos com as actividades sociais. A ocorrência de outra(s) doença(s) é, assim, um impedimento à satisfação com as actividades sociais, nos doentes com DAC.

Maiores níveis de satisfação com o suporte na sua generalidade, intimidade e família associam-se a comportamentos de vigilância de saúde. Segundo BENNETT (2002), laços sociais estão associados a um aumento de comportamentos protectores de saúde. Também para SARAFINO (2002), altos níveis de suporte social encorajam mudanças saudáveis no estilo de vida.

Conclusão

No estudo da adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a uma amostra da população com doença das artérias coronárias, esta mostrou-se válida e sensível para medidas de efeitos deletérios associados à doença cardíaca. A escala parece adequada para este tipo de população, não dispensando, todavia, a continuidade de estudos neste domínio.

Ficou evidenciado que a percepção de apoio social surge como uma necessidade essencial do ser humano e com efeito protector a nível individual sobre os efeitos negativos da exposição a *stressores* como é o confronto com a situação de doença cardíaca, em fase de hospitalização para revascularização das artérias coronárias.

Bibliografia

ACHAT, H. *et al.* – Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 7, 1998. pp. 735-750.

ALMEIDA, L.; FREIRE, T. – *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses, 1997.

ANASTASI, A. – *Psychological Testing*, 6ª Ed. New York: Macmillan Publishing Company, 1990.

APPELS, A.; MULDER, P. – Fatigue and heart disease. The association between "vital exhaustion" and past, present and future coronary heart disease. *Journal of Psichosomatic Research*, 33, 1989. pp. 727-738.

BENNETT, P. – *Introdução clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002.

BILLINGS, A.; MOOS, R. – Coping, Stress, and Social Resources Among Adults With Unipolar Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (4), 1984. pp. 877-891.

BISHOP, G. D. – *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Singapura: Allyn and Bacon, 1994.

BOWLING, ANN. – *La medida de la salud: Revision de las escalas de medida de la calidad de vida* (pp.117-119). Barcelona: Masson, S. A., 1994.

BRANNON, L.; FEIST, J. – *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*, 3ª Ed. California: Brooks/Cole Publishing Company, 1996.

BROUETTE, B. – Complicações do stress induzidas pela doença cardíaca. In O. FONTAINE, H. KULBERTUS e A. M. ÉTIENNE (Eds). *Stress e cardiologia*. Lisboa: Climepsi Editores, 1998. pp. 87-100.

COBB, S. – Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 1976. pp. 300-314.

COELHO, M.; RIBEIRO, J. – Influência do Suporte social e do Coping Sobre a Percepção Subjectiva de Bem-Estar em Mulheres Submetidas a Cirurgia Cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 2000. pp. 79-89.

FERREIRA, T. *et al.* – Escala de Exaustão Vital: Estudo de Adaptação da "Maastricht Interview For Vital Exhaustion" à População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática. (in press)*.

FLEMING, R. *et al.* – Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. In A. MONAT; S. LAZARUS (Eds) *Stress and coping*, 2ª Ed. New York: Columbia University Press, 1985. pp. 95-106.

FRIDFINNSDOTTIR, E. B. – Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 1997. pp. 526-531.

HERRMANN, C. – International Experiences With The Hospital Anxiety And Depression Scale – A Review of Validation Data and Clinical Results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (1), 1997. pp. 17-41.

HOLAHAN, C. *et al.* – Social support, coping, and depressive symptoms in a late-midle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*. 14(2), 1995. pp. 152-163.

HUPCEY, J. E. – Clarifying the Social Support Theory-Research Linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1998. pp 1231-1241.

LLOR *et al.* – *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana de España, 1995.

MARÍN, J. R. – *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Sintesis, S. A., 1995.

MCNALLY, S. T.; NEWMAN, S. – Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 1999. pp. 309-314.

MEESTERS, C.; APPELS, A. – An interview to measure vital exhaustion I Development and comparison with the Maastrich Questionnaire. *Psychology and Health*, 11, 1996. pp. 557-571.

MESTRE, S.; RIBEIRO, J. L. – Relação entre qualidade de vida e suporte social em doentes com acidente vascular cerebral. In I. LEAL, I. CABRAL E RIBEIRO, J. L. (Eds) *4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspectiva de ciclo vital*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2002. pp. 277-282.

MURO *et al.* – Calidad de vida y apoyo social en pacientes com infarto agudo de miocardio no complicado. *Revista Española de Cardiología*, 52, 1999. pp. 467-474.

NAVALHAS, J. C. – Crise e Suporte Social. *Revista de Psiquiatria 11(3)*, 1998. pp. 27-46.

NUNNALY, J.; BERNSTEIN, I. – *Psychometric Teory*, 3ª Ed. New York: McGraw-Hill, Inc., 1994.

POLIT, D.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIBEIRO, J. L. P. – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 1999ª. pp. 547-558.

RIBEIRO, J. L. P. – *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, 1999ᵇ.

SARAFINO, E. P. – *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*, 4ª Ed.. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2002.

SARASON, I. G. – Social Support, Personality and Health. In M. P. JANISSE (Ed.). *Individual Differences, Stress, and Health Psychology*. New York, Springer-Verlag. 1988. pp. 109-128.

UNDERWOOD, P. – Social Support: The Promise and the Reality. In V. H. RICE (Ed.). *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing, Research, Theory and Practice*. London: Sage Publications, Inc., 2000. pp. 367-391.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. – The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatr. Scand.*, 67, 1983. pp. 361-370.

Análise Psicológica (1998), 1 (XVI): 101-113

Family and friend support for adolescents with diabetes (*)

ANNETTE M. LA GRECA (**)
KRISTEN M. THOMPSON (**)

Insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) is a chronic disease with a complex and intensive treatment regimen that includes multiple daily insulin injections and frequent monitoring of blood glucose levels, in addition to lifestyle adjustments such as meal planning and exercise (Davidson, 1986). Given the difficulties of daily diabetes management, efforts to support optimal self-care behaviors are essential for preventing serious disease-related complications, such as retinopathy and renal disease (Diabetes Control and Complications Trial, 1993).

Despite the advantages of good diabetes management, treatment adherence is a serious problem for adolescents (Anderson et al., 1990; Jacobson et al., 1987; Johnson, Silverstein, Rosenbloom, Carter, & Cunningham, 1986; Johnson, Freund, Silverstein, Hansen, & Malone, 1990; La Greca, Follansbee, & Skyler, 1990). Thus, understanding factors that may promote or enhance treatment adherence among adolescents with diabetes is a critical area for pediatric research, that would have important implications for health care interventions.

In light of this, social support from family and friends appears to be an especially encouraging avenue for study. Considerable research has highlighted the importance of social support for adults with chronic illness (see Cohen & Wills, 1985; Sarason, Sarason, & Pierce, 1990). However significantly less attention has been focused on social support among adolescents with chronic disease, and most of the existing studies which have addressed this issue have concentrated primarily on support from parents or family members, with limited attention to support from peers or friends. Thus, the present paper describes two recent investigations that examined the ways that family members and peers provided support for adolescents with diabetes.

1. FAMILY AND FRIEND SUPPORT OF DIABETES

Family members, particularly parents, are likely to serve as primary sources of support for adolescents with diabetes. Indeed, studies have found that adolescents with supportive, cohesive families have better disease management and glycemic control (Anderson, Miller, Auslander,

(*) Requests for reprints should be sent to: Annette M. La Greca, P. O. Box 248185, University of Miami, Coral Gables, FL 33124-0721, USA.
(**) University of Miami, USA.

& Santiago, 1981; Hauser et al., 1990; Hanson, Henggeler, & Burghen, 1987; Hanson, De Guire, Schinkel, Henggeler, & Burghen, 1992). However, what these studies lack is information on the *specific ways* that family members provide support for various diabetes care activities. This type of information would be very useful to health care professionals in designing appropriate supportive interventions, and was a primary focus of the two studies described below.

In addition to family members, friends play a significant role in adolescents' daily lives. Adolescents spend most of their waking hours with peers, either in school or during leisure activities. In fact, friends rank second only to parents in the amount of emotional support they provide (Cauce, Reid, Landesman, & Gonzalez, 1990; Furman, 1989). Despite the importance of adolescents' friends, little attention has been devoted to understanding the ways that friends provide support for adolescents with a chronic illness (see La Greca, 1990; Spirito, DeLawyer, & Stark, 1991). This lack of attention may reflect an unfortunate tendency to view peers as barriers to, as opposed to promoters of, good health practices (e.g., Chassin, Presson, Sherman, Montello, & McGrew, 1986; Gross, Johnson, Wildman, & Mullet, 1981).

Prior research on peer relations has revealed that youngsters with diabetes are concerned about the effect of their disease on their friendships. For example, Jacobson and colleagues (1986) found that 55% of newly-diagnosed children and adolescents with diabetes did not talk about diabetes with their friends, and 35% reported thinking that their friends would like them better if they did not have diabetes. Youngsters who are reluctant to discuss their diabetes with friends may be preventing themselves from obtaining peer support for their diabetes care. To our knowledge, the studies described below are the first to systematically examine the specific ways that adolescents' friends provide support for their diabetes.

2. THE PRESENT STUDIES

Because very little is known about the specific ways family members and friends provide support for adolescents' diabetes, two studies were conducted to specifically examine these sources of support. Each study focused on a different population of adolescents. In Study I (La Greca et al., 1995), 74 adolescents from middle-income families were interviewed during routine visits for their diabetes care in a university-based medical center. In Study II (Thompson, La Greca, & Shaw, 1996), 62 adolescents from an ethnically-diverse, low-income clinic that was based in a university medical center were interviewed during routine medical appointments. In each of these samples, the primary goal was to describe, from the adolescents' perspective, the ways that family members and friends provided support for their diabetes care.

In each sample, we first examined the extent to which adolescents reported *at least some degree* of support from family members and friends for their diabetes care. We also compared the amount and types of support adolescents' friends and family members provided. Although we expected family members to provide more support overall for diabetes care than friends, the types of support families and friends provide might differ (Berndt, 1989; Cauce et al., 1990). We also compared levels of family and friend support for the two samples, to evaluate whether there were any major differences in support for diabetes care as a function of youngsters' socioeconomic status.

Structured interviews provided detailed descriptions, from the adolescents' perspective, of the types of behaviors family members and friends performed that they found to be supportive. Adolescents were questioned about several aspects of their diabetes care (insulin shots, blood glucose monitoring, eating proper meals, exercise), and also asked what their family members or friends did to help them «feel good about their diabetes» (i.e., emotional support). These tasks represent the cornerstones of diabetes management (Davidson, 1986).

3. METHOD

3.1. *Participants*

Study I. Participants were 29 girls and 45

boys with IDDM; their average age was 14.2 years (range = 11-18 years), and their average duration of diabetes was 5.2 years (range = .5 to 14 years). The ethnic composition of the sample was 83.8% Caucasian, 10.8% African-American; 1.4% Hispanic, and 4.0% Asian-American. (See La Greca et al., 1995, for a detailed description.)

Study II. Participants were 31 girls and 31 boys with IDDM; their average age was 14.9 years (range = 12-19 years), and their average duration of diabetes was 5.1 years (range = .4-17 years). The ethnic composition of the sample was 58.1% Hispanic, 35.5% African-American and 4.8% Caucasian. (See Thompson et al., 1996, for a detailed description of the study and methods.)

3.2. *Interview Measure of Social Support*

In each study, the ***Diabetes Social Support Interview (DSSI)*** was administered[1]. The DSSI was developed to assess adolescents' reports of support received from family members and friends for their diabetes care (see La Greca et al., 1995); both *qualitative* and *quantitative* information is obtained. Adolescents were asked five questions pertaining to support from family members, and five pertaining to support from friends. *Family* support was assessed by asking adolescents: «*In what ways does your family help you or provide support for...*» four diabetes care tasks (insulin shots, glucose testing, sticking to a meal plan or diet, and exercising regularly). The fifth question pertained to diabetes-specific emotional support: «*In what ways does your family help you to feel good about your diabetes?*» Adolescents were asked the same questions as they pertained to friends.

A. *Quantitative Coding.* After each response, adolescents rated *how often it occurred* (1 = less than twice a month; 2 = twice a month, 3 = once a week, 4 = several times a week, 5 = once a day or more) and *how supportive* the behavior was (1 = a little supportive, 2 = supportive, 3 = very supportive). For each response, these two ratings were multiplied, so that higher scores reflected more frequent *and* more positive perceived support. Scores for an individual response could range from 1 to 15; if an adolescent did not provide a response to a particular question, or indicated that «no support» was received, the score for that question was 0.

Separate support scores were calculated for each of the five family and five friend tasks (i.e., Family-Insulin; Family-Glucose; Family-Meals; Family-Exercise; Family-Emotions; Friends-Insulin; Friends-Glucose; Friends-Meals; Friends-Exercise; Friends-Emotions) by summing the scores for the individual responses. In addition, overall levels of support from family members (DSSI-Total Family) and from friends (DSSI-Total Friends) were calculated by summing the five questions' scores for family members and for friends, respectively.

B. *Qualitative Coding*. Descriptive categories were established to capture the nature of the adolescents' responses[2]. First, based on pilot testing, 17 categories were used to classify the adolescents' responses (see Table 1). Next, the specific categories were grouped within the four broad types or functions of social support that have consistently emerged in the literature (e.g., Cauce et al., 1990; Cohen & Wills, 1985). (See Table 1.) These four general support functions are: *Tangible or Instrumental aid* (i.e., providing services or resources necessary for diabetes management); *Informational* support (i.e., giving advice or information); *Companionship/ Belonging* support (i.e., behaviors that reflect shared activities, or accommodating one's activities to another's needs); and *Emotional* support (i.e., behaviors that help the person to feel good; that are esteem-enhancing). Average interrater reliabilities for these four general support types were .95 or higher.

[1] A copy of the Diabetes Social Support Interview can be obtained from the first author.

[2] A copy of the manual which provides additional details for administering and scoring the DSSI can be obtained from the first author.

TABLE 1

Diabetes Social Support Interview: General Support and Specific Support Categories

I. Tangible or Instrumental Support.

The family member or friend «does things» for the adolescent that are part of the diabetes regimen or related tasks to make them all consistent?

This can vary from actually doing the task, to helping or assisting in some manner.

1. *Do For*. Doing the task for the person (e.g., «gives me an insulin shot»).
2. *Help Out*. Assisting or helping out with some aspect of the diabetes regimen, though not to the point of taking over the task (e.g., « buys me glucose testing supplies»).
3. *Help Out - Insulin Reactions.* Helping out or having the knowledge to help out if necessary when the child/adolescent has an insulin reaction or low blood glucose.
4. *Reminding*. Reminding the child/adolescent to perform a self-care task. It should precede the task (e.g., «tells me to take insulin»), rather than following it (e.g., «tells me I ate too much»).
5. *Monitoring*. Checking up on a task to see if it has been done, or to find out what the outcome was (e.g., «How were your sugars today?»). This is done in a neutral manner.
6. *Nagging/Intrusive Facilitation*. Helping the child/adolescent with the regimen in a way that could be perceived as negative (e.g., «nagging» or «insisting» the person test, exercise, or eat better).

II. Informational Support.

Offering information or advice about diabetes care. This is mainly done by:

7. *Provide Information*. Giving advice or suggestions on diabetes care (e.g., «gives me things to read», «suggests ways to get exercise»).

III. Companionship/Belonging/Mutuality.

Behaviors that reflect mutuality in the relationship or in the approach to diabetes care. The best example is doing something with someone, so that both share the activity (e.g, eating the same meals). Also included are efforts to adjust one's schedule or lifestyle to take into account the needs of the child/adolescent with diabetes.

8. *Do With*. Participate in a diabetes care activity as if it were one's own choice (e.g., «we eat the same meals», «they exercise one»).
9. *Cooperate.* Accommodate one's schedule to the diabetes regimen. Compared to «Do With», it falls short of adopting the regimen as if it were one's own, but still reflects an accommodation to the person's regimen (e.g., «my friends change their schedule so that I can take my shots on time»).

IV. Emotional Support/Esteem Enhancing Support.

Emotional support or encouragement for diabetes, or showing sensitivity to the person's feelings about diabetes. The intent is to make the person feel good about diabetes care or about themselves.

10. *Praise/Encouragement.* Praise or encouragement for self-care efforts (e.g., «mom encourages me to exercise more», «they tell me that I'm doing well»).
11. *Acceptance.* Accepting the adolescent as he/she is, or helping the child/adolescent to accept diabetes (e.g., «they don't treat me any differently»).
12. *Sensitivity to Feelings.* Actions or words that communicate an understanding of the child/adolescent's feelings about having diabetes or about their self-care.
13. *Positive Outlook.* Helping the child/adolescent feel better by pointing out positive consequences of diabetes, or noting conditions that could be much worse.
14. *Watch.* Watching the child/adolescent with diabetes perform a management task – with the implication that it reflects an interest in the person, or admiration for them (e.g. «when my friends watch me test, I feel like a hero»).
15. *Cheer Up*. Efforts to improve the child/adolescent's mood or feelings about diabetes (e.g., «when I'm feeling bad about diabetes, my friends cheer me up»).
16. *Show an Interest in Diabetes*. Showing an interest in the person with diabetes, such as by trying to learn more about diabetes.
17. *General Support.* Other supportive statements that do not fit into any of the above categories (e.g., «they pray about my diabetes»).

Adapted from La Greca et al., 1995.

4. RESULTS

4.1. *Descriptions of Adolescents' Social Support*

A primary goal of these studies was to understand the ways family members and friends provided support for adolescents' diabetes care. Table 2 lists the percentage of adolescents in each study who gave at least one example of social support for each of the ten interview questions. Across the two samples, the majority of the adolescents reported supportive family behaviors for insulin shots, blood glucose (BG) monitoring, and following a meal plan; a great many also reported family support for exercise and feeling good about diabetes. In contrast, most adolescents reported peer support for meal-related aspects of care, exercising regularly, and for feeling good about diabetes, but fewer reported that their friends supported insulin administration or BG testing. In fact, in the low-income sample (Study II), 24.2% of the adolescents reported no examples of support from their friends, and 11.1% of the adolescents spontaneously indicated that their close friends did not even know that they had diabetes.

In each study, the total number of supportive responses provided for family members was substantially and significantly higher than the number of supportive responses for friends. Thus, in general, adolescents reported more support from family members than friends for their diabetes care.

Aside from the overall amount of support, *patterns* of support were examined by categorizing adolescents' responses into four general types of support, for each of the five specific diabetes tasks (see Table 3). As is shown in Table 3, the types of support adolescents reported for *insulin administration* and *BG testing* were very similar, and predominantly reflected *tangible* support, both from family members and from friends. For example, parents were described as «giving» or «helping» adolescents with their insulin injections (e.g., «my dad does them in hard to reach spots»). Parents also «helped» their adolescent test blood glucose. Both family members and friends were also frequently described as «reminding» the adolescent when to take shots or test glucose. In addition, friends were described as «helping out» with insulin reactions (e.g., «if I get insulin shock at school, they have candy for me and the numbers to call my doctor»).

For *meal-related aspects* of diabetes care, family support was still largely tangible, but friend

TABLE 2
Percentage of Adolescents Reporting at Least One Supportive Behavior

	SOURCE OF SUPPORT			
	Family Members		Friends	
Diabetes task/question	Study I	Study II	Study I	Study II
Insulin Administration	98.7	87.1	63.5	35.5
Blood Glucose Testing	96.0	72.6	47.3	25.8
Following a Meal Plan	97.3	88.8	82.4	56.5
Exercising Regularly	83.8	50.0	79.7	53.2
«Feeling Good» about Diabetes	78.4	77.4	85.1	50.0

Note: Study I = La Greca et al., 1995; Study II = Thompson et al., 1996

TABLE 3
Comparisons of Types of Support (Percentages) between the Study I and Study II

	SOURCE OF SUPPORT			
	Family Members		Friends	
Diabetes task/question	Study I	Study II	Study I	Study II
Insulin Administration				
Tangible	93.0	94.1	61.7	92.6
Companionship	1.7	0.0	10.0	<2.0
Emotional	1.7	5.9	25.0	7.4
Blood Glucose Testing				
Tangible	93.0	96.8	64.6	95.2
Companionship	<2.0	<2.0	8.3	<2.0
Emotional	5.2	3.2	22.9	4.8
Following a Meal Plan				
Tangible	72.9	89.9	27.5	78.6
Informational	<2.0	<2.0	<2.0	<2.0
Companionship/belonging	16.5	6.7	61.5	9.5
Emotional	6.8	2.3	7.8	11.9
Exercising Regularly				
Tangible	48.0	57.5	8.7	23.1
Companionship/belonging	26.5	35.0	85.5	74.4
Emotional	20.4	7.5	4.4	2.5
«Feeling Good» about Diabetes				
Tangible	7.0	11.8	7.8	4.8
Informational	<2.0	11.8	<2.0	<2.0
Companionship/belonging	<2.0	2.9	<2.0	17.0
Emotional	88.9	73.5	52.0	78.2

Note: Study I = La Greca et al., 1995; Study II = Thompson et al., 1996

support was also *companionship* oriented, especially among the adolescents in Study I. Family members, usually mothers, were reported to prepare meals for the adolescents and to «remind» them of foods they should or should not be eating (e.g., «watches what I eat»). Friends were mostly supportive by adjusting peer activities to the adolescents' eating schedule and accommodating specific food needs (e.g., «they try to eat the same foods I do»).

For *exercise*, support from family members was distributed among *tangible, companionship* and *emotional* support. Most often, family members supported exercise activities by «reminding» the adolescent or by providing transportation or buying athletic equipment. Family members were also reported to «exercise with» the adolescent, and «praise» and «encourage» exercise activities, as well as «nag» the adolescent to exercise. In contrast, friends' support consisted primarily of *companionship* behaviors, such as sharing various sports activities (e.g., «they go biking with me»).

Finally, for «*feeling good about diabetes*», family members' support primarily reflected emotional support. When examining the specific

subcategories of emotional support, family members were reported to provide substantial «acceptance» of the adolescent (e.g., «they make me feel like everyone else»), to help the teen adopt a «positive outlook» on diabetes (e.g., «they tell me things could be worse»), and to «praise» the adolescent for sticking with the diabetes regimen. Friends' support was oriented toward «acceptance» (e.g., «they don't make me feel different») and «sensitivity to feelings» about diabetes (e.g., «my friends never tease me about my diabetes»).

4.2. *Quantitative Analyses*

Finally, to complement the qualitative picture provided by the content of responses, the quantitative ratings for adolescents' responses were analyzed. The support ratings for family members and friends are summarized in Figures 1 and 2, and are presented separately for each diabetes task/question.

For each sample of adolescents, ratings of family and friend support were compared using a MANOVA, with *Source* of support (Family, Friends) and *Task* (Insulin, BG Testing, Meals, Exercise, Feeling Good) as within-group factors. In each sample, significant effects for Source, Task, and a Source by Task interaction were obtained. As shown in Figures 1 and 2, differences emerged for family members and friends. In each study, adolescents perceived their families as providing significantly more support than friends for insulin injections, BG testing, and meals (Study I: Insulin: F (1,73) = 81.9, $p < .001$; BG testing: F (1,73) = 56.4, $p < .001$; Meal plan: F (1,73) = 39.1, $p < .001$; Study II: Insulin: t (61) = 6.33, $p < .0001$; BG testing: t (61) = 6.43, p < .0001; Meal plan: t (60) = 5.75, p < .0001). These differences likely reflect the fact that family members are more actively involved in the daily, routine aspects of diabetes management than peers. However, family members and friends did not differ in reported levels

FIGURE 1
Level of Support from Family Members and Friends by Diabetes Tasks for Study I

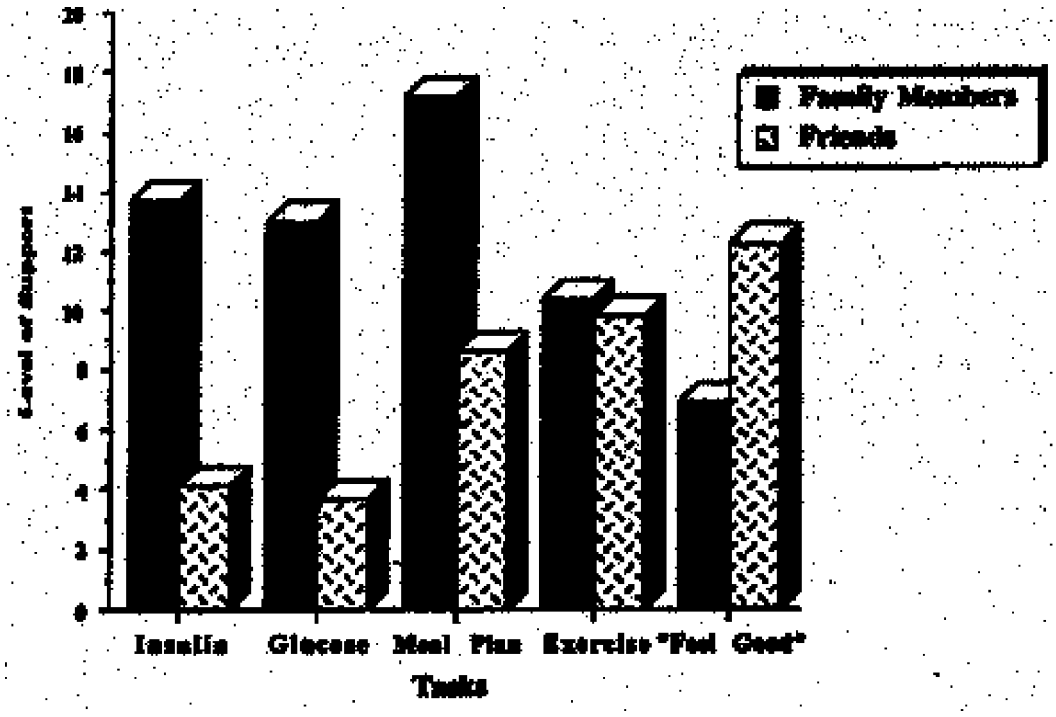
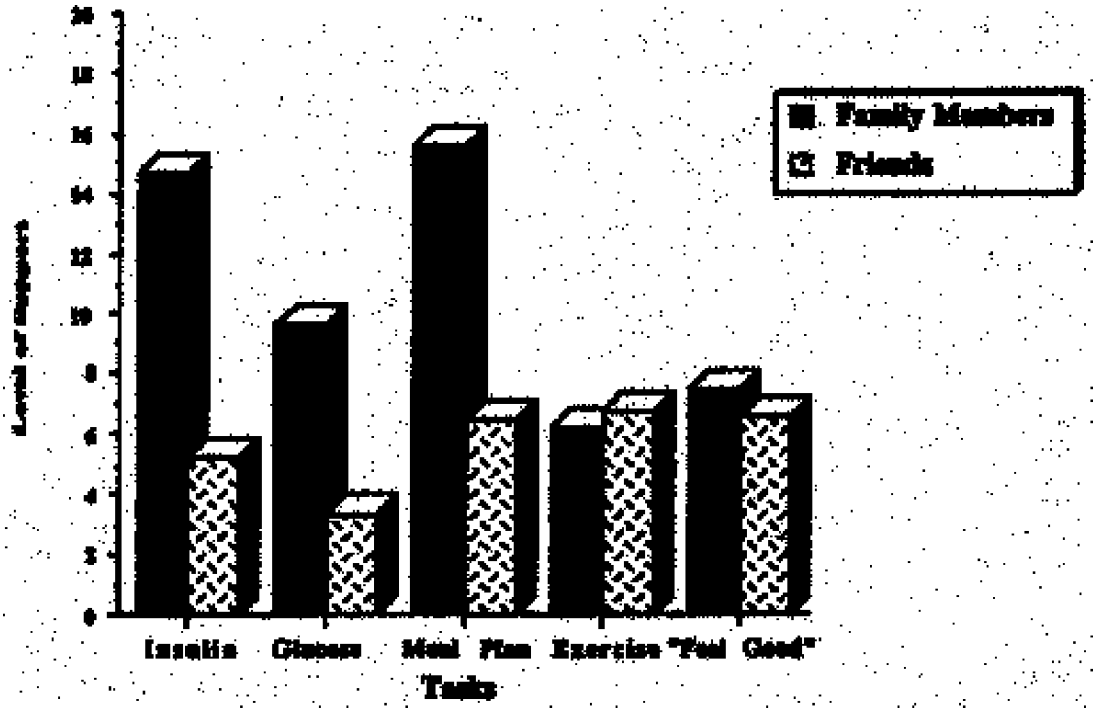


FIGURE 1
Level of Support from Family Members and Friends by Diabetes Tasks for Study II



of support for exercise. The only key difference in the patterns of responses across the two samples was that, for Study I, adolescents' ratings of friends' support for «feeling good about diabetes» were significantly *higher* than ratings of family members ($F(1,73) = 7.9$, $p < .01$); for Study II adolescents, family members' support tended to be higher in this area, although not significantly higher. In general, these data closely parallel the qualitative findings regarding the differential support adolescents reported from family members and friends, and again indicate that friends provide an important source of emotional support for adolescents with diabetes, as well as an important source of support for lifestyle aspects of diabetes care, such as exercise.

4.3. *Relations Between DSSI and Demographic Variables*

One final issue that was examined in each study was the relationship between adolescents' reports of social support and the demographic variables of age, duration of diabetes, gender, and ethnicity. Only for subjects in Study I did we find that total family support was significantly correlated with age ($r = -.37$, $p < .01$) and duration of diabetes ($r = -.26$, $p < .05$), such that younger adolescents and those with a shorter duration of diabetes reported more family support for diabetes care than older adolescents or those with a longer disease duration. For both groups of adolescents, friends' support of diabetes care was unrelated to age or disease duration.

In terms of gender differences, very few significant findings emerged. Among the low-income adolescents in Study II, girls reported more Companionship support from family members than did boys ($F(1,60) = 4.29$, $p < .05$), but no other gender differences were apparent. Among the adolescents in Study I, the only gender difference was that girls reported more total support from friends than did boys ($F(1, 73) = 4.69$, $p < .05$).

Finally, ethnic differences were examined in Study II, as this sample included substantial numbers of both Hispanic-American and African-American youth. As with gender, very few ethnic differences were observed. Hispanic-American and African-American adolescents did not differ on the measures of total family and friend support; however, Hispanic-American adolescents reported receiving more *Tangible* support from family members than did African-American youth (F (1, 56) = 5.32, $p < .05$).

5. DISCUSSION

To our knowledge, these studies were the first to investigate the specific ways family members and friends provide support for adolescents' diabetes care, within the context of specific diabetes management tasks. Significant differences emerged in the amount and type of diabetes-specific support adolescents' reported receiving as a function of the source (family versus friends) and the task (e.g., glucose testing).

5.1. *Amount of Support*

In both samples of adolescents, family members provided substantially more support for adolescents' diabetes care than did their friends. This is not surprising, in that parents are centrally involved in diabetes management throughout childhood and adolescence (e.g., Anderson et al., 1990; Follansbee, 1989; La Greca et al., 1990). However, adolescents' friends also emerged as important sources of support, especially for emotional and lifestyle aspects of diabetes care.

5.2. *Type of Support*

Of great interest were the findings regarding the types of support provided to adolescents, within the context of different diabetes care tasks. Support from family members was primarily oriented towards *tangible* support, typically in the context of daily management tasks, such as insulin administration or BG monitoring. Family members provided *tangible* support by reminding adolescents of their regimen tasks, helping them with the tasks, and occasionally doing the tasks for them. Although reported less frequently, the ways that family members provided *emotional* support were largely oriented toward praise and encouragement of self care efforts, conveying a sense of acceptance, and helping adolescents maintain a positive outlook on their diabetes. This was true of adolescents from middle-class socioeconomic backgrounds, as well as those from low-income, ethnically diverse backgrounds.

In contrast with family members, friends provided considerable amounts of *companionship* support, mostly for lifestyle aspects of diabetes (e.g., exercising together, making accommodations to meal plans). In addition, friends provided substantial *emotional* support, which was oriented toward helping the adolescent feel accepted, and showing sensitivity to the adolescent's feelings about having diabetes. In general, these data indicate that friends provide an important source of support for adolescents with diabetes, that is distinct from family support.

Although these patterns of findings for family and friend support were remarkably similar across the two samples, it was also the case that a greater percentage of the low-income adolescents in Study II reported receiving «no support» of any kind from their friends than did those in Study I. In fact, about a quarter of the adolescents in Study II could not provide any examples of support from friends, and almost half of these «no support» teens indicated that their friends were unaware of their diabetes.

These findings suggest a potential area of concern for low-income adolescents. Because friends represent a key source of emotional support for diabetes, adolescents who feel uncomfortable telling their friends about their disease may miss out on a significant source of support for their diabetes care. Most importantly, friends help adolescents with diabetes to feel accepted and show sensitivity to the adolescents' feelings about diabetes. Teens who are reluctant to discuss diabetes with their friends may be limiting their opportunities for peer support. Health care providers may need to be sensitive to this issue, and encourage adolescents to find friends with whom they can share their concerns.

5.3. *Demographic Variables*

In general, few relationships were observed between demographic variables (age, duration of diabetes, gender, ethnicity) and the amount and type of social support adolescents' reported receiving. In fact, the similarity of the results across two very diverse samples of adolescents was striking.

There was some indication, however, that older adolescents received less support from their family members for diabetes care than younger adolescents. This pattern was clearly observed in Study I, with middle-income, predominantly Caucasian adolescents. Because family support was primarily *tangible*, these findings may reflect the greater involvement of parents in the daily management of younger adolescents. As youngsters progress through adolescence, they typically assume a greater share of the responsibility for their diabetes management (Anderson et al., 1990; Follansbee, 1989; La Greca et al., 1990). However, efforts to promote adolescents' independence in diabetes management may have the unintended effect of restricting family support. Given the difficult and demanding treatment regimen for diabetes, a more sensible approach may be to encourage adolescents to gradually assume greater independence in their diabetes care, while also maintaining some degree of active family involvement.

One other noteworthy finding was that Hispanic-American adolescents reported more *tangible* support from family members than did African-American adolescents. Thus, although no significant differences were found in the amount of support provided by Hispanic-American and African-American family members, differences emerged in the manner in which such support is delivered. These results suggest that Hispanic-American family members may take a greater «hands on» approach to supporting adolescents with their diabetes care than do African-American family members.

These findings notwithstanding, overall the results were remarkably similar for the various ethnic groups studied. This indicates that few differences exist in the amount and type of social support provided by family members and friends across the various ethnic groups examined. While further research needs to be conducted in order to replicate and confirm such findings, in general, adolescents from diverse ethnic backgrounds appeared to be receiving considerable social support from both family members and friends for their diabetes care.

5.4. *Clinical Implications of the Findings*

So, what do the findings of the two studies suggest with regards to understanding adolescents suppport for their diabetes care? And, how can these findings be used by health care professionals?

First, it appears that peer companionship is important for lifestyle aspects of diabetes care, such as exercise or meal planning. This means that health care professionals should make a concerted effort to understand the kinds of friends adolescents have. Specifically, if adolescents have friends who hold lifestyle values that are consistent with their diabetes treatment (e.g., who eat healthy and exercise regularly), their diabetes management might be facilitated greatly. On the other hand, if adolescents have friends whose behaviors are inconsistent with good health practices (e.g., who eat a lot of fat and sugar, smoke, drink, or are sedentary), they may find it increasingly difficult to follow their diabetes treatment regimen. Along these lines, it has been noted that adolescents' peer groups have been influential in certain health-related behaviors, such as smoking (Mosbach & Leventhal, 1988). Consequently, the types of peers with which adolescents spend time may also strongly influence their diabetes care, namely the lifestyle aspects of their care.

Second, although friends provided significantly less *tangible* support than family members, and less support for insulin shots and BG testing than for other management tasks, nonetheless, friends were shown to play a role in providing some *tangible* support for these daily tasks. This source of support may be surprising to some health care professionals. Adolescents reported their friends often reminded them to test their BG or to take insulin, and helped out when they could be having an insulin reaction. These are specific ways that adolescents' friends aid with their diabetes care in situations that are likely to occur *outside the home environment*. This is valuable information, as most adolescents spend a

significant amount of time away from home, such as in school or in activities with friends. Perhaps health care providers should urge adolescents to discuss their diabetes with their friends, and help to educate adolescents' friends about diabetes. Supporting greater participation from friends may also alleviate some of the stress that family members experience in caring for diabetes (Kovacs et al., 1990).

Third, the findings point to the need for keeping family members involved, in a supportive manner, with adolescents' diabetes care. As discussed above, health care providers typically encourage adolescents to assume increasing levels of responsibility for their diabetes management (Follansbee, 1989). However, it may be essential to encourage adolescents to increasingly assume responsibility for their diabetes care, while also keeping family members actively involved. For instance, family members could assist with self-care efforts, even though the primary responsibility for management shifts to the adolescent. Family members could also share meals and exercise with the adolescent, or provide praise and emotional support for self-management efforts. However, because the specific behaviors adolescents find supportive may differ from one teen to the next, input from the adolescent will be critical for identifying ways for family members to remain involved and supportive. The issue is not whether family members should be involved, but ***how best*** to keep them involved in a supportive manner.

Finally, a structured interview (DSSI) was designed to gather information on support for diabetes care ***from the adolescent's perspective***. This provides an important view of the specific ways family members and friends provide support. The DSSI allowed adolescents to indicate what ***they*** found to be supportive, rather than having them respond to ***a priori*** notions of support. Along these lines, it was interesting to observe that responses such as «nagging» were reported by some of the adolescents to be ***supportive*** (mainly for BG testing and following a meal plan), even though «nagging» is considered to be ***nonsupportive*** on the Diabetes Family Behavior Checklist (Schafer et al., 1986). This means that it is critical for health care providers to obtain the adolescent's perspective when trying to identify supportive behaviors. Indeed, the diversity of behaviors that adolescents found supportive for their diabetes care cautions against making general recommendations to parents or friends without obtaining input from the adolescent. Some types of support may be viewed positively by some teens and negatively by others.

5.5. *Conclusions*

In conclusion, despite the need for continued research in this area, our two investigations offer several contributions. The most prominent is that ***both*** family members and friends appear to be important and complementary sources of support for adolescents with diabetes. Thus, keeping family members actively and supportively involved in adolescents' diabetes care seems critical for good treatment management. The importance of family involvement was apparent for adolescent of varying socioeconomic levels and diverse ethnic backgrounds.

In addition, the findings from these two studies indicate that health care professionals should consider ways to educate and recruit adolescents' friends as sources of ***companion***ship and ***emotional*** support for diabetes care. Research has consistently shown adolescents to be the most difficult of all age groups for achieving good treatment adherence and satisfactory glycemic control. Given the importance of glycemic control for preventing and forestalling the adverse health consequences of diabetes, efforts to involve friends and family members in a supportive manner may be invaluable in helping adolescents successfully manage the challenges of a difficult chronic disease.

REFERENCES

Anderson, B. J., Auslander, W. F., Jung, K. C., Miller, J. P., & Santiago, J. V. (1990). Assessing family sharing of diabetes responsibilities. *Journal of Pediatric Psychology, 15*, 477-492.

Anderson, B. J., Miller, J. P., Auslander, W. F., & Santiago, J. (1981). Family characteristics of diabetic adolescents: Relations to metabolic control. *Diabetes Care, 4*, 586-594.

Berndt, T. J. (1989). Obtaining support from friends during childhood and adolescence. In D. Belle (Ed.), *Children's social networks and social supports* (pp. 308-331). New York: John Wiley.

Cauce, A. M., Reid, M., Landesman, S., & Gonzalez, N. (1990). Social support in young children: Measurement, structure, and behavioral impact. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 64-94). New York: John Wiley.

Chassin, L., Presson, C. C., Sherman, S. J., Montello, D., & McGrew, J. (1986). Changes in peer and parent influence during adolescence: Longitudinal versus cross-sectional perspectives on smoking initiation. *Developmental Psychology, 22*, 327-334.

Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*, 310-357.

Davidson, M. B. (1986). Diabetes mellitus: Diagnosis and treatment. New York: John Wiley.

Diabetes Control and Complications Trial (1993). *New England Journal of Medicine, 329*, 683-689.

Follansbee, D. S. (1989). Assuming responsibility for diabetes care: What age, what price? *Diabetes Educator, 15*, 347-352.

Furman, W. (1989). The development of children's social networks. In D. Belle (Ed.), *Children's social networks and social supports* (pp. 151-172). New York: John Wiley.

Gross, A. M., Johnson, W. G., Wildman, H. E., & Mullet, M. (1981). Coping skills training with insulin dependent preadolescent diabetics. *Child Behavior Therapy, 3*, 141-153.

Hanson, C. L., Henggeler, S. W., & Burghen, G. A. (1987). Social competence and parental support as mediators of the link between stress and metabolic control in adolescents with IDDM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 529-533.

Hanson, C. L., De Guire, M. J., Schinkel, A. M., Henggeler, S. W., & Burghen, G. A. (1992). Comparing social learning and family systems correlates of adaptation in youths with IDDM. *Journal of Pediatric Psychology, 17*, 555-572.

Hauser, S. T., Jacobson, A. M., Lavori, P., Wolfsdorf, J. I., Herskowitz, R. D., Milley, J. E., Bliss, R., Wertlieb, D., & Stein, J. (1990). Adherence among children and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. *Journal of Pediatric Psychology, 15*, 527-542.

Jacobson, A. M., Hauser, S. T., Wertlieb, D., Wolfsdorf, J. I., Orleans, J., & Vieyra, M. (1986). Psychological adjustment of children with recently diagnosed diabetes mellitus. *Diabetes Care, 9*, 323-329.

Jacobson, A. M., Hauser, S. T., Wolfsdorf, J. I., Houlihan, J., Milley, J. E., Herskowitz, R. D., Wertlieb, D., & Watt, E. (1987). Psychological predictors of compliance in children with recent onset of diabetes mellitus. *Journal of Pediatrics, 108*, 805-811.

Johnson, S. B., Freund, A., Silverstein, J., Hansen, C. A., & Malone, J. (1990). Adherence-health status relationships in childhood diabetes. *Health Psychology, 9*, 606-631.

Johnson, S. B., Silverstein, J., Rosenbloom, A., Carter, R., & Cunningham, W. (1986). Assessing daily management of childhood diabetes. *Health Psychology, 5*, 545-564.

Kovacs, M., Iyengar, S., Goldston, D., Obrosky, D. S., Stewart, J., & Marsh, J. (1990). Psychological functioning among mothers of children with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 189-195.

La Greca, A. M. (1990). Social consequences of pediatric conditions: Fertile area for future investigation and intervention? *Journal of Pediatric Psychology, 15*, 285-308.

La Greca, A. M., Auslander, W. F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E. B., & Santiago, J. V. (1995). I get by with a little help from my family and friends: Adolescents' support for diabetes care. *Journal of Pediatric Psychology, 20*, 449-476.

La Greca, A. M., Follansbee, D. J., & Skyler, J. S. (1990). Developmental and behavioral aspects of diabetes management in children and adolescents. *Children's Health Care, 19*, 132-139.

Mosbach, P., & Leventhal, H. (1988). Peer group identification and smoking: Implications for intervention. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 238-245.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (Eds.) (1990). *Social support: An interactional view* (pp. 64-94). New York: Wiley.

Schafer, L. C., McCaul, K. D., & Glasgow, R. E. (1986). Supportive and non-supportive family behaviors: Relationships to adherence and metabolic control in persons with Type I diabetes. *Diabetes Care, 9*, 179-185.

Spirito, A., DeLawyer, D. D., & Stark, L. J. (1991). Peer relations and social adjustment of chronically ill children and adolescents. *Clinical Psychology Review, 11*, 539-564.

Thompson, K. M., La Greca, A. M., & Shaw, K. H. (1996). *Family and friend support to lower-income, ethnically diverse adolescents with IDDM*. Paper presented at the biennial meeting of the Kansas Conference in Clinical Child Psychology, Lawrence, KS, October.

ABSTRACT

The present paper describes two studies of social support provided by family members and friends for adolescents' diabetes care. Using a structured interview, 74 middle-income and 62 socioeconomically disadvantaged adolescents with diabetes described the ways that family members and friends provided support for several aspects of diabetes care (insulin shots, blood glucose monitoring, eating proper meals, exercise, and «feeling good about their diabetes»). In both samples, family members provided more support than did friends for diabetes care, especially for daily management tasks; friends provided considerable emotional support for diabetes. Few differences in support levels were observed as a function of the adolescents' socioeconomic status. However, more of the low-income adolescents had friends who did not provide any support for their diabetes care. Implications of the findings are discussed with respect to encouraging parents to remain involved in adolescents' treatment, and involving peers as supportive companions for the lifestyle aspects of adolescents' diabetes care.

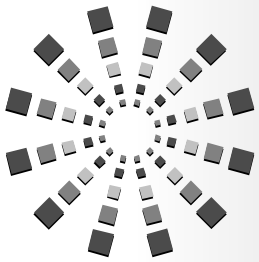
Key words: Adolescents, family support, peer support, diabetes care, adherence, friends.

RESUMO

Este artigo descreve dois estudos sobre o apoio social de familiares e amigos a adolescentes com diabetes. Através de entrevistas estruturadas, 74 adolescentes de classe média e 64 de classe socio-económica desfavorecida descrevem o apoio recebido em vários aspectos do tratamento da diabetes (injecções de insulina, análises da glicémia, alimentação adequada, exercício e no «sentir-se bem com a diabetes»). Em ambas as amostras, os familiares deram mais apoio nos tratamentos do que os amigos, especialmente nas tarefas quotidianas; os amigos deram sobretudo um apoio emocional considerável. Foram reduzidas as diferenças aos níveis de apoio em função do estatuto socio-económico dos adolescentes. No entanto, os adolescentes desfavorecidos tinham mais amigos que não davam apoio no tratamento da diabetes. Discutem-se as implicações dos resultados no sentido de encorajar os pais a participar no tratamento dos adolescentes, e de envolver os pares como companheiros que podem dar um apoio importante nos aspectos da vida social social mais afectados pela diabetes.

Palavras-chave: Adolescentes, apoio familiar, apoio dos pares, tratamento da diabetes, aderência, amigos.

Copyright © 2007 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins



Annika Lindahl Norberg, PhD
Krister K. Boman, PhD

Parents' Perceptions of Support When a Child Has Cancer

A Longitudinal Perspective

KEY WORDS
Depression
Parents
Pediatric cancer
Perceived social support

Previous research has shown perceived social support to be important for maintaining psychological well-being. However, severe stress may influence a person's perception of the availability and value of support from others. In this prospective study, we investigated changes in subjectively perceived social support among parents of children with cancer. Furthermore, we examined the role of parent gender and emotional distress (anxiety and depression) in predicting change in perceived support. Fifty-one parents (29 mothers and 22 fathers) participated. Perceived support, anxiety, and depression were assessed with self-report questionnaires. Parents were examined on 2 occasions. The initial assessment was completed within the first 6 months of the child's cancer treatment. At the time of the follow-up assessment 12 to 24 months later, cancer treatment was completed for all patients. On a group level, parents reported significantly poorer perceived support at the second assessment. However, further examination showed that for one fourth of the group, perceived support was improved. Depressive symptoms during the child's treatment predicted decline in perceived support. Anxiety and gender were not predictive of a change in perceived support. A comprehensive pediatric care model should pay particular attention to parents with a tottering perception of social support. Furthermore, the findings underscore the importance of early psychosocial attention to avoid negative long-term consequences of depression. Being in the frontline of patient care, the pediatric oncology nurse plays an important role in identifying early parents at risk and in shaping parents' perception of support.

From the Department of Woman and Child Health, Childhood Cancer Research Unit, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.

This study was supported by The Children's Cancer Foundation of Sweden (grant numbers PROJ02/066 and RKT05/006), and Cancer- och Trafikskadades Riksförbund (grants number C 20002, C 29476 and C 29477).

Corresponding author: Annika Lindahl Norberg, PhD, Department of Woman and Child Health, Childhood Cancer Research Unit, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden (e-mail: annika.lindahl@ki.se).

Accepted for publication October 12, 2006.

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

The psychological and existential challenge of parenting a child who has cancer influences the lives of mothers and fathers for years, even after the end of treatment.[1–3] Among the resources and individual resilience factors, the availability of social support seems to be essential to the maintenance of psychological and physical well-being among parents of children with cancer.[4–8] Generally, in the face of severe stress, social support is supposed to work beneficially in several ways: by affecting the use of various coping strategies,[9,10] improving self-efficacy,[11] and influencing the appraisal of the stressor.[9]

In a general theoretical model, as suggested by, for example, Hobfoll and Vaux,[12] 3 aspects of the social support construct can be distinguished: network resources, behaviors, and subjective appraisal of support. Network resources refer to the people available for supportive interaction (number of persons). The behavioral aspect refers to seeking support and accepting offered support. The subjective view, a belief that others are willing to provide assistance, if needed, is usually signified by the term *perceived social support*.[13] This aspect of support can be described as part of a person's existential perspective. On examination, the frequency of social behaviors and the number of people available for social interaction may predict psychological well-being. However, subjectively perceived support seems to be the factor most strongly associated with well-being in various contexts.[8,12,14]

Researchers have assumed a permanence in the experience of perceived support because it has been conceptualized as a relatively stable schema.[13] Nonetheless, the experience of severely stressful events may have a deteriorating effect on perceived support, as has been described by Norris and Kaniasty,[14] when studying the effects of exposure to natural disaster. This deterioration seems to be relatively lasting, but receiving sufficient support has been supposed to have a protecting effect on perceived support.[14] Indeed, there seems to be an initial mobilization of the support network at the time of a traumatic and/or psychologically threatening event. However, in the case of long-lasting stress, the *available* support recedes as time passes because chronic stressors seem to influence the social support network in a negative way.[15,16] This initial mobilization and subsequent decline of supportive interactions have also been seen among parents of children with cancer.[17] At the same time, in some individuals, a severely stressful event may, in the long run, lead to growth and positive change and a higher satisfaction with social support.[18] Thus, perceived support may deteriorate or improve in the aftermath of severe stress.

The association between stressful events, psychological distress, and social support is complex, and the patterns of influence may be reciprocal. As indicated above,[4–6,8] support may buffer against emotional distress. Also, depressive symptoms, especially when combined with low anxiety, generate a tendency to seek isolation.[19,20] Furthermore, even if support is offered, the cognitions associated with depression include a tendency not to perceive support as available.[21,22]

Through our clinical contacts with parents, we got the impression that some of them had developed a stronger faith in life while others had grown more disillusioned after the experience of a cancer illness in their child. In a recent preliminary study, no difference was found in the mean scores of perceived support between parents of children with cancer and reference parents of healthy children.[23] However, the *variation* of the scores was significantly larger in the study group than in the reference group. Consequently, parents of children with cancer more often reported good and poor perceived support at the extreme points of the assessment scale. Together, these clinical observations and the previous research regarding other severely stressful events indicated the possibility that parents' experience of childhood cancer initiates either one of two trajectories with regard to perceived support: a change to the better, stronger, and more positive or a change to the worse. This subject matter is important because resource loss and gain seem to be critical mechanisms in the entire stress process.[24] Nonetheless, the ability of cancer in a child to influence perceived support among parents has, to our knowledge, not yet been studied.

Study Aim

We wanted to examine whether perceived support is influenced also in the context of parenting a child with cancer. Thus, the aim of the present study was to prospectively investigate perceived social support among parents of children with cancer. Two research questions were posed: (1) Is parents' perceived support altered during the period from the beginning of the child's treatment to after completion of treatment? and (2) Is it possible to predict the direction of any change in perceived support by considering initial depression or anxiety or parental gender?

■ Methods

Design

Longitudinal data were analyzed in the study: each parent had completed questionnaires on 2 occasions. All parents had children in the first 6 months of curative cancer treatment on the first occasion (T1) and with completed successful treatment on the second occasion of assessment (T2), 12–24 months later. This time frame was chosen to be sufficient for detecting any change in the variable under study. Data collection was carried out between February 1999 and January 2005. The study was approved by the local ethics committee.

Participants

The study sample was composed of 51 parents (29 mothers and 22 fathers) of children diagnosed with malignant disease, recruited at Astrid Lindgren Children's Hospital, Stockholm, Sweden.

The data for this study were collected as part of the entirety of records of a larger study investigating the

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

psychosocial situation of parents of children with cancer (see Boman et al[3] and Lindahl Norberg et al[8,25,26]). The parents included in this larger study had an ongoing contact either with the inpatient unit or the outpatient follow-up clinic. Part of the parent group had recently been told of the child's diagnosis and were consecutively invited at their initial contact with the unit. Another part was recruited among parents whose children were in a later treatment stage or in off-treatment follow-up. These parents were selected by inviting all parents visiting the follow-up clinic during 2 randomly selected months. Two exclusion criteria were applied: insufficient knowledge of the Swedish language to comprehend the questionnaires (parents who required an interpreter when communicating with the medical staff) and that the child had a known fatal malignancy (parents of children for whom curative treatment was discontinued). A follow-up design was applied for this larger study, including parents for whom various time periods had elapsed since the child's diagnosis for an initial assessment (T1) and a follow-up assessment (T2) approximately 12 to 24 months later. Three hundred forty-nine parents of children in or off cancer treatment were initially invited, among which the overall response rate at the first assessment was 77%. Of those who were eligible for a second assessment (child not in palliative treatment or deceased and family still living in the catchment area), the response rate at T2 was 82%.

A subgroup was selected from this entire group of parents in the larger study to form the present study group: parents for whom the T1 assessment was done within the first 6 months of the child's cancer treatment; and T2, after completed treatment. These selection criteria were applied to make the sample homogenous regarding time elapsed since the child's diagnosis. Of the 52 parents fulfilling these criteria, 1 respondent who had left more than 25% of the items of the perceived-support scale unanswered was excluded from the analyses. The remaining 51 parents thus constituted those for whom data were analyzed and are presented in this study.

At T1, the time elapsed since the child's diagnosis ranged from 1 to 6 months in the group. The time elapsed between T1 and follow-up assessment at T2 was 12 to 24 months. Ten were parents of children with leukemia, whereas the corresponding numbers were for lymphoma were 7; central nervous system tumor, 4; neuroblastoma, 6; Wilms tumor, 6; bone tumor, 9; soft-tissue sarcoma, 5; and germ-cell neoplasm, 4 parents.

Data Collection

The data analyzed in this study were a subsample of the entirety of records of a larger study. Parents were invited to participate in this larger study by one of the authors or by a research nurse, either personally, while parents were visiting the hospital, or by telephone or mail. Along with the questionnaires, written information about the project was also provided to the parents. They were instructed to complete the questionnaires independently of each other. After completing the questionnaires at home, parents returned them by mail in a prepaid return envelope.

Assessment Instruments

PERCEIVED SUPPORT

Parents' perceptions of social support were assessed using a self-report scale designed by Van Dongen-Melman and her colleagues as part of an extensive questionnaire for assessing the psychosocial situation of parents of children with cancer.[27,28] The scale contains 8 items, 5 of which concern general social relationships and 3 that are context related concerning the child's disease (Table 1). Respondents rate the items on a 4-point Likert scale: "I strongly agree," "I agree," "I disagree," or "I strongly disagree." The individual is assigned a measure of perceived social support by dividing the total individual score by the number of nonmissing items, thus obtaining a mean value within the range 1 to 4. A higher value reflects more satisfaction with support. Cronbach α value for the scale was .84 in the Dutch study[28] and .85 and .89 at T1 and T2, respectively, in this study, indicating satisfactory reliability. Evaluation of the validity of the scale has not been done.

Originally, the scale was assigned inverse scores because the scale was intended to capture feelings of *loneliness*, although several items address issues directly relating to the experience of support from others. However, the concept of loneliness is proposed to include both feelings that one's social needs have gone unmet and lack of confidence in the availability of others to meet these needs in the future.[29] Furthermore, according to Pierce et al,[29] general perceptions of support availability are more strongly associated with loneliness than are relationship-specific perceptions of available support. Moreover, the concept of *perceived social support* is not specific to a particular relationship or type of support (emotional support, advice, or tangible aid).[13] Consequently, the scale used here arguably covers the concept even better than instruments relating to particular individuals within the social environment of the subject.

ANXIETY AND DEPRESSION

Anxiety and depression were assessed with self-report questionnaires. A 17-item version of the state anxiety scale from Spielberger's State-Trait Anxiety Scale was used as a measure of anxiety. Depressive symptoms were assessed by a 10-item scale derived from the Zung Self-Rating Depression Scale. The remaining items of the scales kept their original wording. The scales were abridged as part of the construction of an extensive multidimensional assessment tool for use with parents of children with cancer, done by Van Dongen-Melman and colleagues.[27,28] The response format of both scales complies with a 4-alternative Likert scale, and the individual mean scores constitute the outcome measure. Higher scores reflect higher levels of anxiety or depression. Cronbach α values for the anxiety and depression scales were .95 and .87, respectively, in the Dutch study[28] and .94 and

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Table 1 • The Separate Questions of the Perceived-Support Scale: Cross Tabulations of Dichotomized Responses

Items	Poor Support, No Change* % (n)	Poor Support, Change to the Better† % (n)	Good Support, Change to the Worse‡ % (n)	Good Support, No Change§ % (n)
1. It is hard to find real friends.‖	18 (9)	6 (3)	20 (10)	56 (28)
2. When you really need someone, there is no one there.	0	0	10 (5)	90 (46)
3. Because of the disease of my child, we as a family have become left on our own.	2 (1)	0	10 (5)	88 (45)
4. Sometimes I feel very lonely.	27 (14)	10 (5)	16 (8)	47 (24)
5. Sometimes I feel that one is alone in the world after all.¶	14 (7)	12 (6)	14 (7)	61 (31)
6. Because nobody understands, it is better to keep your worries about your child to yourself.	2 (1)	2 (1)	14 (7)	82 (42)
7. People just do not understand that there are still a number of worries left after treatment has ended.‖	27 (13)	14 (7)	20 (10)	39 (19)
8. Sometimes it is very difficult to make long-lasting contacts.¶	18 (9)	16 (8)	20 (10)	45 (22)

*Response at both T1 and T2 "I strongly agree" or "I agree."
†Response at T1, "I strongly agree" or "I agree"; and T2, "I disagree" or "I strongly disagree."
‡Response at T1, "I disagree" or "I strongly disagree"; and T2, "I strongly agree" or "I agree."
§Response at T1, "I disagree" or "I strongly disagree"; and T2, "I disagree" or "I strongly disagree."
‖Because this item was not responded to by all parents, the number of parents is less than 51.
¶Because of rounding effect, the percentage sum differs from 100%.

.81, respectively, in this study. Validity and reliability data of the shortened anxiety and depression scales are not available so far.

Data Management and Statistical Analyses

The study group included parents with a maximum of 25% of the perceived-support, anxiety, and depression scales unanswered. In the perceived-support scale, such missing values at T1 were as follows: 1 parent had left item 7 unanswered, 1 had left item 8, and 1 had left items 7 and 8 (items presented in Table 1). At T2, 1 parent had left item 1 unanswered. Imputations for these missing values were done regarding analyses including the entire scale scores for perceived support, anxiety, and depression. These imputations were done by replacing missing values with the individual mean score of the scale. On the other hand, in the analyses of single questions of the perceived-support scale, the use of imputation was not applicable. Consequently, these analyses included only respondents who had answered the item in question. The strategy for handling missing data (exclusion of parents with >25 missing subscale items, and the imputation strategy) followed the lines of common practice.

To avoid the potential bias of dependent observations caused by data emanating from mothers and fathers of the same family, the analysis of possible gender differences included only the 20 pairs and treated them as linked subjects. The SPSS 11.0 software was used for statistical analyses.

CHANGE IN PERCEIVED SUPPORT

The relation between perceived support at the 2 points in time was examined in 3 steps:

1. Paired-samples *t* test was used to examine any linear change in perceived support, by comparing the individual means for perceived support at T1 and at T2.
2. An individual measure of change in perceived support was computed by subtracting the value of support at T1 from that at T2. This value is referred to as *support-difference*. A negative value indicates deterioration of perceived support, whereas a positive value implies improvement.
3. Based on the support-difference value, 3 groups were formed: change to the better (a higher score at T2), no change, and change to the worse (a lower score at T2). In the no-change group, a deviation of 1 step on the Likert scale in 1 item was allowed. The label *support-change groups* was used for this categorization.

PREDICTORS OF CHANGE IN PERCEIVED SUPPORT

Anxiety and depression. The predictive power of emotional distress was investigated in 2 different ways. For the continuous support-difference outcome variable, regression analysis was used, whereas the 3 support-change groups were examined using Kruskal-Wallis test because of small subgroup sizes.

Gender. To avoid the potential bias of dependent observations caused by data emanating from mothers and fathers of the same family, a test for related samples was used

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

for analyzing the impact of parental gender on support-difference and the support-change groups. These analyses included mothers and fathers from the 20 couples where both parents had participated in the study and were done using Wilcoxon signed rank test.

SINGLE QUESTIONS OF THE PERCEIVED-SUPPORT SCALE

In addition, we wanted to analyze any change in the various aspects of support represented by the single questions of the perceived-support scale. Such explorative examination was done after dichotomizing item responses. Thus, a response of "I strongly agree" or "I agree" reflected poor support, whereas "I disagree" or "I strongly disagree" indicated good support. A cross-tabulation of the dichotomized answers at T1 and T2 yielded 4 "profiles" regarding each question, as follows:

Poor support, no change: responses indicating poor support at both T1 and T2.
Poor support, change to the better: response indicating poor support at T1 and good support at T2.
Good support, change to the worse: response indicating good support at T1 and poor support at T2.
Good support, no change: responses indicating good support at both T1 and T2.

■ Results

Scores of perceived support at T1 and T2 and of anxiety and depression (both only at T1) are presented in Table 2. Minimum and maximum values for perceived support were 1.63 and 4.00, respectively, at T1 and 1.50 and 4.00, respectively, at T2. The minimum and maximum values for anxiety were 1.71 and 3.82, respectively, and for depression, 1.00 and 3.00, respectively. The skewness values indicate that all 4 measures were normally distributed: perceived support at T1, −0.47; perceived support at T2, −0.45; anxiety, −0.42; and depression, −0.71.

Change in Perceived Support

The group mean for perceived support at follow-up (T2) was significantly lower than the mean for perceived support at the initial assessment (T1), as indicated by the paired-samples *t* test (t = 3.03; 95% confidence interval = 0.075–0.368; n = 51; P = .004). Specifically, on a group level, parents reported poorer perceived support at the second assessment.

Table 2 • Scores of Perceived Support and Emotional Distress in the Study Group

	T1 mean (SD)	T2 mean (SD)
Perceived social support (n = 51)	3.21 (0.51)	2.99 (0.64)
Anxiety (n = 50)	2.80 (0.57)	—
Depression (n = 51)	2.27 (0.49)	—

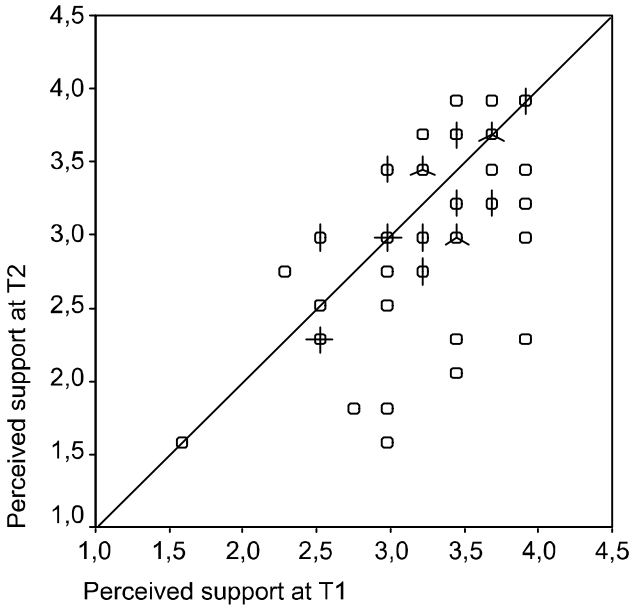


Figure 1 ■ Plot illustrating the association between individual scores of perceived support at first assessment (T1) and follow-up (T2). Each marker represents 1 parent. The symbol | (vertical line) placed over a marker indicates 2 cases, (3-arm star) placed over a marker indicates 3 cases, and + (plus/4-arm star) placed over a marker indicates 4 cases sharing the same position.

Support-difference (the individual difference in perceived support between T1 and T2) ranged from −1.75 to 0.50, with a negative value denoting a change toward a poorer perceived support. A graphic representation of support-difference, which may further elucidate this outcome, is presented in Figure 1. The figure shows the distribution of markers (representing individuals) indicating the variation in the relationship between support reported at T1 and at T2. Parents reporting equal levels of support at T1 and T2 are grouped along the diagonal (line) from the lower left to the upper right corner. In cases where parents reported a better perceived support at T2 compared with T1, a marker is shown above the diagonal, whereas parents who reported a poorer perceived support at T2 compared with T1 are represented by markers below the diagonal.

Subsequently, the 3 support-change groups were examined. The groups included change to the better (a higher score at T2), no change, and change to the worse (a lower score at T2). Examination of the support-change groups revealed that a better support at T2 was reported by 25% (n = 13) of the parents. For 27% of the parents (n = 14), support was perceived equally at T1 and T2, whereas 47% (n = 24) stated a perception of poorer support at T2. That is, almost twice as many parents reported a decline in perceived support compared with those whose perceived that support improved. However, chi-square tests demonstrated that the difference in size between the groups reporting improvement and deterioration, respectively, did not reach statistical significance (χ^2 = 3.27; P = .071).

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Predictors of Change in Perceived Support

EMOTIONAL DISTRESS

Depressive symptoms were found to be associated with support-difference: more depressive symptoms at T1 predicted a greater decrease in perceived support over time (n = 51; F = 4.93; P = .031). In contrast, level of anxiety at T1 could not predict magnitude of support-difference (n = 51; F = 1.26; P = .267).

The 3 support-change groups did not differ regarding level of emotional distress at T1 (anxiety χ^2 = 0.28, P = .867; depression χ^2 = 2.81, P = .246). Nevertheless, a pattern could be distinguished, as anxiety and depression at T1 were lowest in the group reporting improved perceived support (mean level of depression = 2.17; anxiety = 2.70), intermediate in the group reporting no change (depression = 2.20; anxiety = 2.81), and highest in the group showing a change to poorer perceived support (depression = 2.36; anxiety = 2.84).

PARENTAL GENDER

According to the pairwise analyses of the 20 complete couples in the study group, gender influenced neither the distribution in the 3 support-change groups (P = .763) nor the support-difference value (P = .952).

In the entire group, 9 (31%) mothers were assigned to the better-support group, 8 (28%) to the no-change group, and 12 (41%) to the poorer-support group. The corresponding values for fathers were the following: 4 (18%) experienced better support, 6 (27%) experienced no change, and 12 (55%) experienced poorer support. Mean value of support-difference was −0.21 for mothers and −0.24 for fathers.

Single Items of the Perceived-Support Scale

The analyses of the separate questions of the scale (responses dichotomized) indicated that a majority of the parents perceived good support at T1 and T2 regarding most items (Table 1).

Moreover, these analyses confirmed that decline in perceived support seems to be more common than improvement. According to chi-square tests, this finding was statistically significant for question 2, indicating an increased feeling over time of one's extraordinary needs being socially unmet (χ^2 = 5.00, P = .025); question 3, indicating an increased feeling of isolation of the family because of the child's cancer (χ^2 = 5.00, P = .025); and question 6, indicating increased experience of social disappointment because others do not understand your situation (χ^2 = 4.50, P = .034). For question 1, a tendency in the same direction was found, pointing to an increased feeling of difficulty to find real friends (P = .052). Regarding the remaining questions, no change was indicated: question 4 (''Sometimes I feel very lonely''), χ^2 = 0.69, P = .405; question 5 (''Sometimes I feel that one is alone in the world after all''), χ^2 = 0.08, P = .782; question 7 (''People just do not understand that there are still a number of worries left after treatment has ended''), χ^2 = 0.53, P = .467; and question 8 (''Sometimes it is very difficult to make long-lasting contacts''), χ^2 = 0.22, P = .637. A look at Table 1 indicates an explanation of the absence of a statistically significant change in perceived social support signaled by these latter items: feelings of loneliness and feelings that others do not fully understand the conditions caused by the child's cancer seem to have been common already during the treatment.

■ Discussion

In this study, we longitudinally investigated subjectively perceived social support among parents of children with cancer. Parents were initially examined within the first half year of the child's cancer treatment, and a follow-up assessment was done 1 to 2 years later. Cancer treatment was completed at follow-up. Results indicate that some change in perceived support had occurred in a majority of the parents, and this change was most often a decline. One fourth of the parents reported increased satisfaction regarding perceived support. At the same time, almost half of the group reported a *poorer* perceived support at follow-up. Furthermore, a deterioration of perceived support seemed often to follow after initial emotional distress and especially after depression.

It can be argued that although the individual perception of support is suggested to be rather stable, some normal fluctuations may occur over time. If that were the case, it would be incorrect to assume that modest individual changes in 2 opposite directions should indicate true change. However, the broader distribution of perceived-support scores at T2 indicates that at the second time of assessment, parents indeed more often report good and poor perceived support. This can also be compared with the preliminary findings of a larger variation of scores among parents of children who had survived cancer than among reference parents of children who never had cancer.[23] Together, these findings endorse the assumption that the childhood cancer experience may initiate a change in parental perceived support along either of 2 trajectories (one involving growth of faith in support and the other involving a decrease).

Perception of support availability can be supposed to represent a part of a person's existential outlook and general cognitive belief systems. Earlier research on the issue is sparse, but clinical experience suggests that a change of existential outlook and faith in life may take place when parents have experiences of cancer in a child. The cancer experience may entail personal growth and positive change. Parents often say that they have come to appreciate the small things in life.[30] Several spontaneous comments of parents in our studies also reveal such general experiences of personal growth, for example, ''I can never be 'my old self'! I grow and change 'thanks to' the disease'' and ''I want to remain this 'wise' me, which I have become from this experience.'' However, although many parents confirm positive growth and a greater appreciation of life, this is certainly not true for all. This is exemplified by one parent explaining, ''Sometimes I think

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

that I still live in a state of shock!…I feel now that life is so unfair." Chesler and Parry[31] refer to a father, saying, even more bitterly, "This business about 'coming out of it stronger' is a bit of rubbish." Similarly, parents' perceptions of loneliness and social support seem to be affected. One father in our study said, "The contact with relatives and friends has become better." On the other hand, Grootenhuis and Last[32] performed a single-assessment cross-sectional study and noted higher levels of loneliness among mothers more temporally distant from their child's diagnosis. The authors propose that mothers of children with cancer have the feeling that other people do not understand what they have gone through. This assumption is reinforced by parents' spontaneous comments in our study. For instance, one father said, "During the period of illness it became obvious who are your real friends," and one mother said, "There are a few friends who have been there all the time. I was very disappointed when I found out that the ones I thought would be there disappeared. But when it comes down to it, you're all alone." Noteworthy is the finding of Wijnberg-Williams et al[17] of no change in dissatisfaction with support over a 5-year period after a child's cancer diagnosis. A tentative interpretation of their finding is that the concept of *dissatisfaction with support* represents a more stable aspect of personality compared with the concept of *perceived social support*.

The complex associations between change in perceived social support and reactions to psychological trauma has indeed been explored in other areas. However, to our knowledge, it has not previously been described in the context of parental reactions to the experience of their child's cancer. According to our findings, emotional distress of parents was associated with change in perceived support. Initial depressive symptoms predicted decline in perceived support, and a tendency in the same direction was also found for anxiety. In summary, relying on our and previous findings, we may propose that, in the long run, depression can negatively influence parental perceived support. Furthermore, this influence may be related to the cognitive aspects of depressive mood, which affect appraisal of social support,[21,22] as well as social behaviors.[19,20] It has also been proposed that perceived support may deteriorate directly through the experience of a traumatic event and indirectly through the loss of available support resources in the face of traumatic or chronic stress.[14–16] These speculations have some theoretical support and can be seen as partly supported by our findings. Our study, however, was not designed to—and was underpowered to—test these specific hypotheses.

The analyses of single items of the perceived-support scale give us a more detailed picture of perceived support among parents of children with cancer. The responses to the items "Sometimes, it is very difficult to make long-lasting contacts" and "People just do not understand that there are still a number of worries left after treatment has ended" indicate quite a substantial change both for the better and for the worse. However, the many affirmative answers to the latter context-related statement indicate that this is a problem for a substantial proportion of the parents during treatment and after the end of treatment. Together with the 2 items mentioned above, the item "It is hard to find real friends" represents the greatest change in negative direction. The following statements are also remarkable: "When you really need someone, there is no one there" and "Because of the disease of my child, we as a family have become left on our own." Regarding these items, all or almost all parents initially reported good support. However, at follow-up assessment, 10% of the parents showed a negative development. For the item "Because nobody understands, it is better to keep your worries about your child to yourself," a similar profile was found. In conclusion, findings indicate that perceived support deteriorated more often than improved from the beginning of treatment to off-treatment. Furthermore, this was true regarding issues related to the child's disease and regarding the more general existential issues.

Study Limitations

Despite the interesting findings, a number of limitations also need to be mentioned. One is the relatively small sample, which prevents us from reliably drawing generalized conclusions based on the findings. The sample size also reduces the power of statistical comparisons of subgroups. In addition, although the number of analyses in this study was modest, one should bear in mind the possibility of type I errors. Furthermore, reliance on questionnaires with preformed definitions of problem areas and forced response formats entails the possibility of overlooking important additional aspects of the concept in focus. Finally, a measure of the perceived support *before* the child was diagnosed with cancer was impossible to obtain, and therefore, we do not know the course of any possible change in perceived support from that point on.

Implications for Practice

The clinical implications of the findings extend to aspects that concern nursing and care. Firstly, the pediatric oncology nurse, as well as other professionals engaged in the day-to-day care of families, has a vital role in encouraging parents' confidence in support and, frequently, in providing emotional support and advice. This may be very valuable because received support serves as a protection of perceived support.[14] Secondly, the daily contact with the families enables nurses to identify early on parents in need of supplementary supportive interventions to deal with depression and a tottering faith in life. To this end, nurses should benefit from appropriate guidance and training to distinguish parents at particular risk. Furthermore, for people coping with more severe emotional distress, interventions aiming at merely providing social support have generally not been sufficient for a lasting improvement of mental health.[33] In these cases, interventions aimed at modifying interpersonal functioning and improving the perception and appreciation of support from others may, on the other hand, result in long-term positive effects.[33]

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Implications for Research

Suggestions for further research include studying the stability of deterioration and improvement in perceived support. Furthermore, the inclusion of a larger study group would permit the analysis of other factors, possibly relevant for change in perceived support, such as disease-related and socioeconomic factors. Additional targets for forthcoming studies should be the identification of care approaches efficient for strengthening parents' perceived support.

■ Conclusions

The qualitative analyses and the general direction of the results indicate that perceived support often diminishes over time in parents of children with cancer. Explicitly, the confrontation with cancer of one's own child seems to be a potential threat, which, for many parents, instigates a decrease in perceived support from active treatment to off-treatment. Early depressive symptoms seemed to predict a decrease in perceived support. At the same time, perceived support is an important buffer against distress.[4,5,8,34] This complex association between perceived support and distress indicates that maintaining perceived support should be a central goal of nursing and psychosocial care of parents of children with cancer.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors gratefully acknowledge the time and energy contributed by the participating parents.

References

1. Brown RT, Madan-Swain A, Lambert R. Posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their mothers. *J Trauma Stress*. 2003;16(4):309–318.
2. Leventhal-Belfer L, Bakker AM, Russo CL. Parents of childhood cancer survivors: A descriptive look at their concerns and needs. *J Psychosoc Oncol*. 1993;11(2):19–41.
3. Boman KK, Lindahl A, Bjork O. Disease-related distress in parents of children with cancer at various stages after the time of diagnosis. *Acta Oncol*. 2003;42(2):137–146.
4. Dockerty JD, Williams SM, McGee R, Skegg DC. Impact of childhood cancer on the mental health of parents. *Med Pediatr Oncol*. 2000;35(5): 475–483.
5. Sloper P. Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *J Pediatr Psychol*. 2000;25(2):79–91.
6. Kazak AE, Stuber ML, Barakat LP, et al. Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(8):823–831.
7. Manne SL, Duhamel K, Redd WH. Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychooncology*. 2000;9(5):372–384.
8. Lindahl Norberg A, Lindblad F, Boman KK. Support-seeking, perceived support, and anxiety in mothers and fathers after children's cancer treatment. *Psychooncology*. 2006;15(4):335–343.
9. Daniels K. Coping and the job demands-control-support model: an exploratory study. *Int J Stress Manage*. 1999;6(2):125–144.
10. Dukes-Holland K, Holahan CK. The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychol Health*. 2003; 18(1):15–29.
11. Major B, Cozzarelli C, Sciacchitano AM, et al. Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *J Pers Soc Psychol*. 1990;59(3): 452–463.
12. Hobfoll SE, Vaux A. Social support: social resources and social context. In: Goldberger L, Breznitz S, eds. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press; 1993:685–705.
13. Pierce GR, Sarason BR, Sarason IG. Coping and social support. In: Zeidner M, Endler NS, eds. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: Wiley; 1996:434–451.
14. Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *J Pers Soc Psychol*. 1996;71(3):498–511.
15. Gottlieb BH. Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In: Gottlieb BH, ed. *Coping With Chronic Stress*. New York: Plenum; 1997:3–40.
16. Hobfoll SE. Social support and stress. In: Smelser NJ, Baltes PB, eds. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier Science Ltd; 2001:14461–14465.
17. Wijnberg-Williams BJ, Kamps WA, Klip EC, Hoekstra-Weebers JE. Psychological distress and the impact of social support on fathers and mothers of pediatric cancer patients: long-term prospective results. *J Pediatr Psychol*. 2006;31(8):785–792.
18. Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. *J Trauma Stress*. 2004;17(1):11–21.
19. Emmons RA, Colby PM. Emotional conflict and well-being: relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *J Pers Soc Psychol*. 1995;68(5):947–959.
20. Matheson K, Anisman H. Systems of coping associated with dysphoria, anxiety and depressive illness: a multivariate profile perspective. *Stress*. 2003;6(3):223–234.
21. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(4):801–814.
22. Cohen LH, Towbes LC, Flocco R. Effects of induced mood on self-reported life events and perceived and received social support. *J Pers Soc Psychol*. 1988;55(4):669–674.
23. Lindahl Norberg A, Boman KK. Support-seeking and perceived support in parents after children's cancer treatment. Paper presented at: 9th European Congress of Psychology; 2005; Granada, Spain.
24. Hobfoll SE, Johnson RJ, Ennis N, Jackson AP. Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(3):632–643.
25. Lindahl Norberg A, Lindblad F, Boman KK. Coping strategies in parents of children with cancer. *Soc Sci Med*. 2005;60(5):965–975.
26. Lindahl Norberg A, Lindblad F, Boman KK. Parental traumatic stress during and after paediatric cancer treatment. *Acta Oncol*. 2005;44(4): 382–388.
27. Van Dongen-Melman JEWM, Pruyn JFA, De Groot A, et al. Late psychosocial consequences for parents of children who survived cancer. *J Pediatr Psychol*. 1995;20(5):567–586.
28. Van Dongen-Melman JEWM. *On Surviving Childhood Cancer: Late Psychosocial Consequences for Patients, Parents, and Siblings* [dissertation]. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 1995.
29. Pierce GR, Sarason IG, Sarason BR. General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(6):1028–1039.
30. Clarke-Steffen L. A model of the family transition to living with childhood cancer. *Cancer Pract*. 1993;1(4):285–292.
31. Chesler MA, Parry C. Gender roles and/or styles in crisis: an integrative analysis of the experiences of fathers of children with cancer. *Qual Health Res*. 2001;11(3):363–384.
32. Grootenhuis MA, Last BF. Predictors of parental emotional adjustment to childhood cancer. *Psychooncology*. 1997;6(2):115–128.
33. Brugha TS. The effects of life events and social relationships on the course of major depression. *Curr Psychiatry Rep*. 2003;5(6):431–438.
34. Speechley KN, Noh S. Surviving childhood cancer, social support, and parents' psychological adjustment. *J Pediatr Psychol*. 1992;17(1): 15–31.

Copyright © Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

PROMOÇÃO DE SAÚDE DAS FAMÍLIAS DE DOCENTES DE ENFERMAGEM: APOIO, REDE SOCIAL E PAPÉIS NA FAMÍLIA

HEALTH PROMOTION AMONG NURSING FACULTY MEMBERS' FAMILIES: SUPPORT, SOCIAL NETWORK AND ROLES IN THE FAMILY

PROMOCIÓN DE SALUD DE LAS FAMILIAS DE DOCENTES DE ENFERMERÍA: APOYO, RED SOCIAL Y ROLES EN LA FAMILIA

Jaqueline Dias[1], Lucila Castanheira Nascimento[2], Iranilde José Messias Mendes[3], Semiramis Melani Melo Rocha[4]

[1] Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). São Paulo, Brasil.
[2] Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem. São Paulo, Brasil.
[3] Doutora em Enfermagem. Professor Associado aposentado da EERP/USP. São Paulo, Brasil.
[4] Doutora em Enfermagem. Professor Titular aposentado da EERP/USP. Professora Catedrático Visitante na Universidade de Aveiro, Portugal. Professora na UNIFRAN. São Paulo, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da saúde. Papel (figurativo). Apoio social. Enfermagem familiar. Saúde do trabalhador.

RESUMO: O objetivo deste trabalho é identificar apoios sociais, redes e papéis em famílias de docentes de enfermagem, utilizando a fundamentação teórica sobre promoção de saúde em enfermagem familiar. O cenário deste estudo constituiu-se de um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade do Brasil. Selecionaram-se como sujeitos deste estudo três famílias de enfermeiras docentes responsáveis por disciplinas do ciclo profissionalizante. A entrevista em profundidade, o genograma e o ecomapa foram usados para a coleta de dados, que foram categorizados pela análise de conteúdo, optando-se pelo tipo temático. Nas três famílias estudadas, os familiares e a família ampliada constituíram-se na principal fonte de apoio. Outras pessoas importantes foram funcionárias, sem laços de consangüinidade, as redes de apoio compostas pela escola, trabalho, igreja e locais de lazer. A identificação de papéis e apoios permitiu aos familiares fortalecerem os mecanismos de enfrentamento para lidar com os fatores estressantes cotidianos e atuarem na promoção da saúde.

KEYWORDS: Health promotion. Role. Social support. Family nursing. Occupational health.

ABSTRACT: This study aims to identify social support, networks, and roles in families of nursing faculty members, using the theoretical framework of health promotion in family nursing. The scenario of the study was an Undergraduate Nursing Course at a University in the interior of Brazil. Three families of nursing professors responsible for subjects in the professionalization cycle were selected as study subjects. In-depth interviews, the genogram, and ecomaps were used for data collection. Data was categorized by thematic content analysis. In the three families under study, relatives and the expanded family constituted the main source of support. Other important persons were female employees without blood relations. The social support network included the school, work, church, and leisure sites. The identification of roles and supports allowed the relatives to strengthen coping mechanisms in order to deal with the daily stress factors, as well as to act in health promotion.

PALABRAS CLAVE: Promoción de la salud. Rol. Apoyo social. Enfermería de la familia. Salud laboral.

RESUMEN: La finalidad de este trabajo es identificar apoyos sociales, redes y roles en las familias de docentes de enfermería, utilizando para ello, la fundamentación teórica sobre promoción de salud en enfermería familiar. El escenario de este estudio fue un Curso de Pregrado en Enfermería de una Universidad del interior de Brasil. Como sujetos de este estudio fueron seleccionadas tres familias de enfermeras docentes, responsables por disciplinas del ciclo profesionalizante. Para la recolección de los datos se utilizó la entrevista en profundidad, el genograma y el ecomapa. Los datos fueron catalogados mediante el análisis de contenido, eligiéndose el tipo temático. En las tres familias estudiadas, los familiares y la familia ampliada se constituyeron en la principal fuente de apoyo. Fueron consideradas como importantes las funcionarias, sin lazos de consanguinidad; las redes de apoyo, compuestas por la escuela, el trabajo, la iglesia y sitios de ocio. La identificación de roles y apoyos les permitió a los familiares fortalecer los mecanismos de enfrentamiento para lidiar con los factores cotidianos estresantes y actuar en la promoción de la salud.

Semiramis Melani Melo Rocha
Endereço: R. Soares Romeu, 693
14.020-370, Jardim São Luís. Ribeirão Preto, SP, Brasil.
Email: smmrocha@eerp.usp.br

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 16 de abril de 2007
Aprovação final: 28 de setembro de 2007

INTRODUÇÃO

A enfermagem tem passado por transformações profissionais e sócio-culturais. As novas teorias para a assistência de enfermagem preconizam um cuidado ampliado cujo campo de ação abrange áreas de conhecimento biológicas, sociais, culturais, políticas e espirituais. Diante deste panorama, surgem alguns questionamentos: os enfermeiros estão realmente preparados para esta transformação? A saúde destes profissionais é frágil e constantemente influenciada por agentes estressores relacionados ao trabalho. Horário de trabalho, remuneração, burocracia, submissão, impotência, competitividade, cobrança, plantões, incompatibilidade entre afazeres, a família e o lazer afetam a sua saúde.[1-3] A revisão bibliográfica demonstra a preocupação com o tema.[4-5] O sofrimento profissional transforma-se em adoecimento e pesquisas evidenciam nesta clientela algumas manifestações, tais como: a somatização, a psiquiatrização, a medicalização, a licença médica, a hospitalização, a reinserção profissional e a aposentadoria por invalidez.[6]

O indivíduo, submetido às condições adversas, usa várias alternativas de superação de agravos que atingem sua saúde e, quando se esgotam suas competências individuais, recorre à rede de apoio social. Considerando a importância do cuidado à saúde dos profissionais que se dedicam à formação de recursos humanos para atuarem no setor saúde, a escassez de estudos sobre a promoção de saúde destes profissionais e suas famílias, nos propomos a pesquisar a interseção destes três temas: o profissional enfermeiro, a família e a promoção de saúde. O objetivo deste trabalho é identificar apoios sociais, redes de apoio e papéis em famílias de docentes de enfermagem, utilizando a fundamentação teórica da promoção de saúde em enfermagem familiar.

REFERENCIAL TEÓRICO

A promoção de saúde é um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo social. Recentemente, tem aumentado a atenção em direção à promoção da saúde como uma intervenção mais complexa, que traz benefícios diretos às famílias. A enfermagem, como profissão da saúde, tem procurado fundamentar-se para uma atuação prática com famílias na promoção da saúde.[7]

Há vários fatores que influenciam a promoção da saúde da família. A religião fornece suporte incentivando práticas, valores, socialização e comportamentos saudáveis; a cultura influencia diretamente as pessoas, pelas crenças, valores, normas, linguagem e comportamentos típicos dos indivíduos. As questões socioeconômicas trazem um grande impacto na promoção da saúde, pois estão ligadas diretamente à disponibilidade de recursos. As políticas locais e globais são importantes, pois os programas governamentais fornecem apoio para as famílias. Os avanços científicos trazem novos conhecimentos e somam-se a todos estes componentes que influenciam a promoção da saúde das famílias.[7]

Para este estudo, família é definida como duas ou mais pessoas que são ligadas por íntimas associações, recursos e valores e é reconhecida quando os membros consideram os elementos que a constituem como uma família.[8] Esta definição é adequada ao referencial teórico de Enfermagem Familiar na Promoção de Saúde, processo pelo qual se busca o bem estar biológico, emocional, físico e espiritual dos membros da família e da unidade familiar.[8] Enfermagem familiar é definida como ações de enfermagem direcionadas para melhorar a qualidade de vida, promover, fortalecer e manter o bem estar das famílias.[8]

A literatura não apresenta um consenso que estabeleça com clareza a diferença entre rede de apoio e apoio social. Essa dificuldade de consenso entre os autores se deve à diversidade de contextos das pesquisas. Por falta de uma definição sistematizada, optamos pelas definições de Bullock: apoio social pode ser definido por provisão ou recebimento de assistência e pela percepção individual de apoio que pode ser positiva ou negativa.[9] A rede de apoio se refere a um conjunto de ligações específicas entre pessoas, com a propriedade adicional dos laços que são usados para interpretar o comportamento da pessoa envolvida. Desta forma, a rede se refere às redes institucionais, com expectativas de comportamento pré-estabelecidas.

A avaliação dos papéis na família torna-se necessária para o entendimento da dinâmica da família, possibilitando a intervenção nos papéis dos seus membros. Incentivando os membros da família para o cuidado, o enfermeiro irá produzir o compartilhar de papéis dentro da família. Os papéis desempenhados podem gerar estresse. A redistribuição de tarefas entre os membros da família pode minimizar o

estresse do papel desempenhado.[10] Neste trabalho, considerou-se as enfermeiras pesquisadoras como responsáveis pela promoção da saúde em enfermagem familiar e as enfermeiras pesquisadas e suas famílias como receptoras da assistência.

MÉTODO

Este estudo se desenvolveu em um Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade do Brasil, após aprovação do projeto por um Comitê de Ética, Protocolo Nº 141/06, e consentimento da instituição. Constituíram-se sujeitos deste estudo as famílias de três docentes responsáveis por disciplinas do ciclo profissionalizante. Foi utilizado como critério de inclusão da família o docente, com graduação em enfermagem, pertencente ao quadro docente do curso. Dentre os sete docentes que fazem parte desta instituição, foram selecionados três que possuíam estruturas familiares distintas: uma família nuclear ou conjugal, formada por pai, mãe e filhos, sem histórico de relações anteriores; uma família nuclear, com formação recente e com histórico de relações anteriores, e uma família descasada, resultante de divórcio formada por uma mãe e uma filha.[11]

O trabalho de campo foi realizado junto aos familiares dos sujeitos selecionados para a pesquisa. Os encontros com as respectivas famílias para coleta de dados foram previamente agendados, respeitando-se o pré-requisito de que todos os membros da família que concordaram em participar do estudo estivessem presentes, com o objetivo de se obterem informações específicas relacionada a crenças, atitudes, conceitos e comportamentos inerentes ao grupo. A família estendida foi entrevistada conforme a necessidade levantada pelas pesquisadoras, baseando-se no grau de participação dos membros na dinâmica familiar, respeitando-se o desejo de participarem ou não da pesquisa. Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e respeito ao anonimato, antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista em profundidade, baseada em questões pertinentes ao sistema familiar, bem como a elaboração do genograma e ecomapa de cada família.[12] Todas as entrevistas foram gravadas, após esclarecimentos e consentimento de todos os participantes.

O genograma é a representação gráfica, através de símbolos, da composição familiar e dos relacionamentos básicos em, pelo menos, três gerações. Ele permite, de uma forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consangüíneos ou não, identificando a idade, ocupação ou profissão e escolaridade de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar.[13] O genograma foi construído através de um diagrama que detalha a estrutura familiar, fornecendo informações sobre os vários papéis de seus membros e bases para a discussão e análise das interações familiares.

O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar as redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Os membros da família com suas respectivas idades aparecem no centro, enquanto que, os contatos são representados por círculos externos. As linhas representativas indicam os tipos de conexões: as setas simbolizam energia de fluxo e de recursos, ligações fortes são representadas por linhas contínuas, as ligações frágeis por linhas pontilhadas e os aspectos estressantes entre as relações são representados por barras. O ecomapa pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais ou econômicos.[13] Durante as entrevistas, o genograma e o ecomapa foram construídos com a participação de todos os familiares presentes, incluindo as crianças e os adolescentes.

Os dados deste estudo são: o conteúdo das entrevistas, as observações anotadas, o genograma e o ecomapa. No tratamento dos dados, foi adotado o método de análise de conteúdo temático.[14] Foram utilizadas como unidade de registro três categorias distintas: apoio social, rede de apoio e papéis na família.

RESULTADOS

Colaboraram com o nosso estudo três famílias, totalizando doze participantes, membros das famílias em questão. Os dados coletados foram submetidos ao método de análise de conteúdo, para melhor compreensão das entrevistas e dos instrumentos utilizados, buscando os aspectos mais relevantes, de acordo com o referencial teórico adotado na pesquisa, a enfermagem familiar na promoção de saúde, apoio social e papéis na família.

Papéis nas famílias

A família número um (Família1) foi constituída pela enfermeira (Enfermeira1), marido (Marido1), filha (Filha1) e filho (Filho1). Estava organizada de uma forma que poderíamos classificá-la

de tradicional, com os papéis definidos de pai, mãe, filhos e uma funcionária que atendia aos trabalhos domésticos. Contudo, como a mãe exercia atividades profissionais de grande responsabilidade, em duas cidades, e o pai, no momento, estava trabalhando no domicílio, parte das atividades, que poderiam ser consideradas maternas, estavam sendo desempenhadas pelo Marido1. A Funcionária1, pela longa permanência junto à família, desempenhava o papel de cuidadora das crianças, como substituta da mãe.

[...] eu vejo assim, o [Marido1] *cuida mais do que eu [...] contando em horas [...] porque, vamos dizer de prover alimento, é ele que vê. Da questão de levar ao médico, de ver as crianças, os esportes e tudo, na escola, eu estou mais na retaguarda dele [...] mas é um período, agora, que a gente tem que viver, de eu não poder estar participando, deles não poderem contar comigo [...] ele* [Marido1] *pode adequar muito mais os seus horários [...] e pelo momento que eu estou passando, pelos dois vínculos, estar ocupando um cargo que tem demandado demais a minha presença. Então é por isso e, aí, ele* [Marido1] *tem cuidado mais da família, até de mim! (Enfermeira 1).*

A [Funcionária1] *cuida da casa, está presente na casa, mas quem cuida das crianças, de ver se está tudo bem, é mais o* [Marido1] *(Enfermeira1).*

A família número dois (Família 2) foi constituída pela Enfermeira 2, que estava divorciada há sete anos, e pela Filha 2. A Filha 2 tinha contato semanal com os avós paternos e passava uma semana com o pai, uma vez ao ano. A Enfermeira 2 contava com a ajuda da mãe (Mãe 2) para cuidar da Filha 2 em seus horários de trabalho. Na Família 2, os papéis dos seus membros se apresentavam mais complexos. O Ex-Marido 2 foi citado como fonte de influências negativas sobre a Filha 2, por colocá-la em confronto com a autoridade da mãe. A Enfermeira 2 nos disse: o *pai tem uma influência muito negativa sobre a* [Filha 2]. *Uma vez ela voltou da casa dele e disse: "olha mãe, esta casa é minha e eu mando aqui!" (Enfermeira 2).*

A avó queixava-se de ser desautorizada pela neta, o que lhe dificultava exercer o papel de cuidadora. Desta forma, o pai não representava o papel de educador da Filha2 e, ainda, dificultava a Enfermeira 2 e sua mãe a educarem a Filha 2. A Enfermeira 2 tinha acúmulo de papéis, pois não recebia atenção do ex-marido e estava sobrecarregada com os cuidados de sua família e de seus pais.

A família número três (Família 3) era constituída pela Enfermeira 3, o segundo marido (Marido 3b), e os três filhos do primeiro casamento da Enfermeira 3 (Filha 3a, Filha 3b e Filho 3). O primeiro casamento da Enfermeira 3 foi marcado pela morte trágica do marido (Marido 3a). Na Família 3, o papel de cuidador era dividido entre a Funcionária 3 e o Marido 3b: *[...] Quem fica mais atento com as coisas da casa e das crianças é o* [Marido 3b]. *Ele é até mais rígido do que eu, mais detalhista (Enfermeira 3).* Este assumia a maior parte das responsabilidades, mas era pouco reconhecido pelos demais membros. Todos os familiares tinham uma preocupação maior com o Filho 3, que era o foco de cuidados do núcleo familiar. A Filha 3b nos explicou: *[...] o* [Filho3] *é o mais menorzinho. Por isso precisa de mais cuidado [...] (Filha 3b).*

Os avós maternos eram citados como importantes na educação dos filhos. Enfermeira 3 era a provedora de recursos materiais para a subsistência da família, principalmente neste momento de transição profissional do Marido 3b, que passou de um emprego com renda fixa, para uma atividade autônoma.

Redes e apoio social

A Família1 demonstrou em seus depoimentos que possuía várias redes de apoio, sendo a principal, a própria família que preserva, de várias formas, sua unidade. Foram nítidas as manifestações de carinho, afeto e compreensão entre os membros da família que justificaram esta afirmação. Além dos membros da família, consideraram a Funcionária1, que cuidava da casa, como membro da família e fonte de tranqüilidade. O Marido1 nos disse: *[...] eu não sei se seria de considerar a* [Funcionária 1] *como a pessoa que mais nos ajuda. Eu acho que sim. Ela faz parte; é uma extensão da família (Marido1).*

Os membros consideraram o emprego público como fonte de segurança. O clube que freqüentavam proporcionava atividades de lazer, uma fonte de relaxamento e descontração. As crianças, em seus depoimentos referiram-se à escola e às atividades esportivas como fonte de apoio e prazer. O Marido 1 nos informou: *[...] eles* [Filha 1 e Filho 1] *fazem natação duas vezes por semana [...] e ele* [Filho 2] *faz futebol em outro clube [...]. Na verdade, este universo do clube é um universo importante. O fato de termos acesso ao clube de lazer ajudava. Por exemplo, eu levar as crianças [...] isso tende a ser mais acionado, é uma forma de desestress. [...] É que eu acho que a gente sempre buscou uma forma de compensação. Então a gente aproveita melhor o tempo que estávamos todos juntos [...] (Marido 1).*

A Família 2 citou como redes de apoio o trabalho, os seguros de saúde privados, a escola e o emprego. A família estendida também apareceu

como importante rede de apoio, sendo citados os avós paternos e maternos, tios e primos.

[...] descobri que tenho reumatismo há pouco tempo, porque começou a afetar minha visão [...]. Ainda bem que tenho plano de saúde [...]. Faço acompanhamento médico com o reumatologista e oftalmologista [...]. Graças ao meu trabalho eu consegui construir esta nova casa [...]. Neste ano, por causa da construção, eu e ela [referindo-se a Filha 2] *deixamos de fazer muita coisa [...]. Antes saíamos para almoçar ou jantar (Enfermeira 2).*

Na Família 3, as principais redes de apoio foram a escola, a igreja e consultórios médicos. O Filho 3 nos disse: *[...] eu gosto da escola. Só não gosto quando tem que ir à sala da orientadora.* E a Filha 3b complementou: *[...] eu gosto da escola, gosto das minhas amigas. Só não gosto de assistir aula. É muito chato.*

A preocupação com os problemas de comportamento do Filho 3 foi mencionada e relacionada aos serviços médicos como principal rede de apoio. O equilíbrio e a estabilidade familiar dependiam do sucesso do tratamento. A fala da Enfermeira 3 ilustra o exposto: *[...] eu gasto bastante com o* [Filho 3], *pois os médicos dele não atendem pelo convênio. Tive que reduzir o número de terapias com a psicóloga, ainda mais agora, que ela* [referindo-se à psicóloga] *mudou de cidade; e gasto para viajar também [...] (Enfermeira 3).*

A família ampliada também se constituiu em rede de apoio importante, principalmente os avós maternos, apontados como principal recurso, quando se tratava da educação das crianças.

[...] quando se trata das crianças, eu procuro o meu pai e minha mãe. Quando se trata de uma coisa minha ou da casa, eu procuro o [Marido 3b]. *O motivo é que meu pai e minha mãe me ajudam, assim, na educação, na parte das crianças. O* [Marido 3b], *ele tá o tempo todo junto, mas nós dois nunca temos a mesma opinião sobre as crianças. O* [Marido 3b] e*xige que elas sejam mais maduras e eu entendo que não, que tem um tempo pra elas amadurecerem. Então, eu procuro um meio termo (Enfermeira 3).*

A Família 2 apresentou como forte fonte de apoio os avós maternos. Relataram a relação com o Ex-marido 2 como estímulo negativo, apesar da sua contribuição com suporte econômico para o orçamento familiar. O trabalho da Enfermeira 2 e a construção da casa foram citados como fontes de estresse na medida em que consumiam o tempo disponível para ficar com a Filha 2 e dar-lhe mais carinho e atenção. A Filha 2 citou com carinho a participação dos avós como membros da família. Os avós, na Família 2, apareceram como fonte de preocupação por apresentarem problemas de saúde.

Na Família 3, a principal fonte de apoio foi o Marido 3b, que se responsabilizou pela casa e pelos filhos, na maior parte do tempo. A relação entre o Marido 3b e as crianças mostrou-se tranqüila, baseada em carinho e respeito. Porém, não se percebeu um vínculo forte o suficiente para que o mesmo fosse reconhecido como pai, mas como cuidador. A principal fonte de estresse para todos os membros da família foi o Filho 3, que, freqüentemente, tinha comportamentos que desestabilizavam a harmonia da família. A Funcionária 3 foi citada pelas crianças como principal fonte de apoio, devido à sua presença constante. Apesar de não contar com apoio constante de seus pais, percebeu-se que, para a Enfermeira 3, os mesmos eram consultados quando se tratava de problemas com os filhos.

DISCUSSÃO

Apesar da dificuldade em encontrar na literatura uma definição universal de rede de apoio e apoio social, encontramos formas de identificar nas famílias o apoio que recebem, com base no referencial de promoção de saúde da família, na revisão bibliográfica e no contexto deste levantamento, entre as três famílias estudadas. Desta forma, foram consideradas como rede de apoio e apoio social as informações levantadas nos depoimentos dos familiares e consideradas por eles como tais.[15] Nas três famílias estudadas, os membros da família constituem a principal fonte de apoio. Entre si, oferecem apoio emocional e instrumental. São fontes de apoio emocional porque disponibilizam tempo, compartilham as vivências cotidianas, preocupações e emoções, oferecem carinho e afeto. São fontes de apoio instrumental porque oferecem provisão de bens, dinheiro e trabalho. Os familiares ajudam nas tarefas domésticas, educação de filhos e contribuem com bens materiais no sustento da família.

A análise dos papéis da família, baseada em um modelo psicossocial, caracteriza o sistema familiar com a típica definição de papéis, no qual cada membro ocupa o seu espaço que não é permutável. Porém, a expectativa de cada papel pode sofrer alteração, permitindo a transição entre "o proteger" e "ser protegido".[10,16] É essa possibilidade de troca de papéis que garante a dinâmica e a saúde familiar frente às diversas mudanças de origem interna ou externa. As relações entre os membros da família se apóiam em uma complexa rede de interação constante, que se mantém através de círculos de afeto e

que objetivam a sustentação em relação ao conjunto. Sob esta ótica justifica-se a necessidade de se considerar o indivíduo como um ser multidimensional, com uma história singular, que foi construída em um contexto familiar que também é único.[16]

Neste estudo, a família nuclear formada por pai, mãe e filhos depende menos da família estendida que a família recente com histórico de relações anteriores e a família mononuclear resultante de divórcio. Nos casos das Famílias 1 e 3, as funcionárias aparecem como fonte importante de apoio. Os membros das famílias que podem arcar com os custos de uma funcionária estável e dedicada manifestaram maior conforto e segurança. Delegar o trabalho doméstico a uma pessoa confiável proporcionou bem estar não somente às enfermeiras, mas a todos os membros da família. É preciso destacar, que o envolvimento das duas funcionárias com as famílias, foi além de um suporte instrumental, considerado como a oferta de trabalho e mão de obra. Estendeu-se a oferta de carinho, responsabilidade e confiança. Este fato nos leva a considerar que, para o caso do profissional enfermeiro, com longa jornada de trabalho e dupla responsabilidade, considerando o ensino e assistência, o apoio deve abranger também a divisão de papéis na família.

Na Família 1, o marido se constitui na maior fonte de apoio, no que se refere aos cuidados com os filhos, auxiliado pela Funcionária 1, que também gerencia as tarefas relacionadas à casa. Além do suporte fornecido em relação à criação dos filhos, a Enfermeira 1 conta com o apoio e incentivo profissional do Marido 1, que é constantemente consultado sobre situações que são vivenciadas no trabalho. Na Família 3, o apoio em relação ao cuidado com os filhos está centralizado na Funcionária 3 e as tarefas de gerenciamento da casa são, predominantemente, executadas pelo marido (Marido 3b).

Como a Enfermeira 2 não pode contar com o trabalho de uma funcionária e não possui marido, compartilha com seus pais o papel de mãe e educadora, mas com mais dificuldades, pois a Filha 2 resiste a obedecer aos avós maternos. Os avós paternos fornecem suporte instrumental ao prover as necessidades materiais da Filha 2.

Nas enfermeiras participantes deste estudo, evidencia-se o compromisso e responsabilidade com a família, a participação efetiva no orçamento familiar, a rotina de inumeráveis horas de trabalho e as relações de afeto nas relações familiares. A grande carga de trabalho é amenizada pelo prazer das atividades profissionais e as redes de apoio social como amortecedores de suas conseqüentes ausências no âmbito familiar.

As fontes de lazer, a escola das crianças e a igreja se apresentam como importantes redes sociais, sendo referidas pelos membros como momentos de alegria, descontração e aproximação entre os membros da família. Nas Famílias 2 e 3, a espiritualidade e a igreja aparecem como fontes de apoio muito importantes. A Família 1 não freqüenta a igreja, mas cultiva os valores espirituais, éticos e morais entre seus membros.

As Famílias 2 e 3 passam por um período da falta de oportunidades de lazer, determinada por limitações econômicas atuais e por excesso de atividades relacionadas ao trabalho, o que aparece refletido nos depoimentos como fonte de tensões. Uma possível intervenção de enfermagem para promoção da saúde da família seria sugerir a estas famílias que procurassem se organizar para ter mais momentos de lazer e buscassem formas alternativas e econômicas para viabilizar os mesmos.

Paradoxalmente, os membros da família também constituem fonte de estresse. Ao apresentarem problemas de saúde, preocupam os familiares causando tensões. A Família 3 passa por períodos de desestabilização emocional e financeira determinados pelos problemas comportamentais do Filho 3. Nestes períodos, a Enfermeira 3 é constantemente convocada para reuniões na escola, ocorrem brigas entre os irmãos, a família expandida é acionada, tem-se aumento de despesas com tratamento médico, bem como, sentimentos de angústia e tristeza da Enfermeira 3, que se questiona sobre o desempenho de seu papel como mãe. Na Família 2, a Filha 2 também se constitui em fonte de estresse para os avós maternos, devido ao fato de só obedecer à Enfermeira 2. No entanto, os vínculos afetivos entre os membros da família não são afetados por estas tensões, pelo contrário, na Família 3 todos apontam o Filho 3 como membro da família que necessita de mais cuidados, evidenciando fortes vínculos afetivos em relação ao mesmo.

Os resultados evidenciam como fontes de apoio os membros da família nuclear e estendida e identificam as principais redes como sendo a própria família, o trabalho, a igreja, a escola e centros de lazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermeira que trabalha em Promoção de Saúde tem um importante papel de intermediação dentro da família e entre a família e as redes

de apoio social, motivando, trazendo reforços, validando comportamentos positivos e reconhecendo as fontes de estresse. A própria coleta de dados, através dos instrumentos utilizados neste caso, ofereceu a oportunidade aos participantes de identificarem seus pontos fortes de proteção à saúde e suas vulnerabilidades.

É importante que a família, em conjunto, reconheça seus riscos potenciais e trabalhe criando mecanismos de proteção. O apoio é sempre uma ação recíproca: quem dá também deve receber e, em alguns casos, a retribuição é apenas a satisfação de constatar resultados positivos. Mas, mesmo neste caso, é importante que o receptor se alegre ao proporcionar ao doador a satisfação do resultado. Um dos trabalhos da enfermeira em Promoção de Saúde é fazer o membro mais vulnerável reconhecer que ele é também fonte doadora de apoio e não um receptor passivo. A recepção passiva leva ao esgotamento de ambas as partes.

Com este estudo demonstramos que o profissional que trabalha em saúde, neste caso enfermeira docente, também precisa de auxílios para reconhecer a aplicação prática de categorias importantes do referencial teórico de Promoção da Saúde em Enfermagem, apoio, redes sociais e papéis na família. Mesmo em famílias de poder aquisitivo considerado de bom padrão, há inúmeras barreiras que impedem o acesso a serviços e redes de apoio.

Identificadas as redes sociais, as fontes de apoio e os papéis desempenhados em cada família, será possível traçar um plano de intervenções para promoção de saúde. A identificação leva ao reconhecimento da necessidade de fortalecimento de mecanismos de enfretamento, reforço a comportamentos saudáveis, redirecionamento de atitudes de risco. Deve-se considerar que o plano de intervenções só será efetivado se for construído da mesma forma que o diagnóstico, isto é, em conjunto com todos os membros da família. O plano deve ser flexível e dinâmico, acompanhando as mudanças e necessidades de cada momento. Em Promoção da Saúde não há intervenções padronizadas ou pré-determinadas. Assim, exige-se da profissional enfermeira que trabalha em Promoção de Saúde um preparo rigoroso no referencial teórico e nas estratégias a serem utilizadas para reconhecer as ações que deve desempenhar e os encaminhamentos necessários para equipes multiprofissionais, quando necessário.

Os papéis desempenhados pelos membros da família têm íntima relação com o que consideram como apoio ou fonte de estresse. O papel de cuidador ou de educador pode ser fonte de apoio ou estresse, quando há manifestação de excesso de zelo ou quando entra em conflito com outro membro da família que exerce o mesmo papel, mas com estratégias diferentes.

O diagnóstico pode ser utilizado para um plano de intervenções a ser efetuado em conjunto com os membros da família, pela própria família ou através de encaminhamentos, quando necessário. A enfermeira que atua deve estar bem preparada teoricamente dentro do referencial de Promoção de Saúde e com experiência prática para atuar. Os profissionais que trabalham em saúde, no caso enfermeiras docentes, precisam de estratégias de acompanhamento para Promoção de Saúde de suas famílias, uma vez que também são vulneráveis aos fatores estressantes.

REFERÊNCIAS

1 Secaf V, Rodrigues ARF. Enfermeiros que deixaram de exercer a profissão: por quê? Rev. Latino-Am. Enfermagem 1998 Abr; 6 (2): 5-11.

2 Campos EP. Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.

3 Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006 Fev; 14 (1): 54-60.

4 Marziale MHP, Rozestraten RJA. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 1995 Jan; 3 (1): 59-78.

5 Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2005 Jun; 13 (3): 364-73.

6 Brant LC, Gomez CM. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. Cienc. Saúde Colet. 2005 Dez;10 (4): 939-52.

7 Cherry CJ, Bomar, PJ. Family health promotion and health protection. In: Cherry CJ, Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3rd ed. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.61-89.

8 Bomar PJ. Introduction to family health nursing and promoting family health: foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3rd ed. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.3-37.

9 Bullock K. Family social support: foundations of nursing care of families en family health promotion.

In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.143-61.

10 Kim-Godwin YS. Family Roles. In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.117-39.

11 Denham SA. Family structure, function, and process. In: Hanson SMH, Gedaly-Duff V, Kaakinen JR. Family Health Care Nursing: theory, practice & research. 3rd ed. Philadelphia (PA/USA): F.A Davis, 2005. p.119-56.

12 Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto Contexto Enferm. 2005 Abr; 14 (2): 280-6.

13 Tarko MA, Reed K. Family assessment and intervention: foundations of nursing care of families in family health promotion. In: Bomar PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. Philadelphia (PA/USA): Saunders; 2004. p.275-303.

14 Quivy R, Campenhoudt LC. Manual de investigação em ciências sociais. 2a ed. Lisboa (PT): Gradiva; 1998.

15 Willianms P, Barclay L, Schimied V. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. Qual. Health Res. 2004 Sep; 14 (7): 942-60.

16 Puschel VAA, Ide CAC, Chaves EC. Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar: bases conceituais. Rev. Esc. Enferm. USP 2006 Jun; 40 (2): 261-8.

Promoting social support for vulnerable parents

Karen McKenzie and colleagues describe an initiative in Scotland that is giving young mothers and fathers the skills and confidence to care for their babies

Summary

People with learning disabilities can be good parents, but they often have to carry out their roles without adequate support. This article suggests that parenting should be shared by society in general, and that vulnerable parents should have social support which does not undermine their confidence in their abilities. It describes an initiative in rural Scotland that provides antenatal and postnatal services for young mothers and fathers, some of whom have learning disabilities. Feedback from participants indicates that validation of their roles as parents is, to them, the most important factor. The authors suggest that a formal evaluation of the scheme is needed, together with research into long-term outcomes for parents and children.

Keywords
Young parents, learning disabilities, social support

SOCIAL SERVICES are increasingly being asked to support parents who have learning disabilities (Young and Hawkins 2006). This trend is likely to reflect growth in the number of parents with learning disabilities (Booth *et al* 2005), although the precise number is unknown. Although it has been shown that having a learning disability does not preclude an individual being a good parent (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities (IASSID) 2008) and that interventions can improve parenting skills (Booth *et al* 2005, Wade *et al* 2008), a disproportionately high number of parents with learning disabilities still have their children removed from them (Booth *et al* 2005).

Parents with learning disabilities frequently face further disadvantages which may test their parenting resources, including poverty (IASSID 2008), stress (Feldman *et al* 2002) and poorer mental health (Llewellyn *et al* 2003). There has been a growing recognition of this and of the fact that social support may be important to successful parenting (Kroese *et al* 2002, Tarleton *et al* 2006, IASSID 2008, Mayes *et al* 2008), and in decisions about removing children from parents (Booth and Booth 2002, Tarleton *et al* 2006).

Definition of social support

Social support has been defined as benefits obtained by individuals from their relationships with others, such as emotional support or material gain (Koeske and Koeske 1990). For parents with learning disabilities, such support may include legitimisation of their role as parents, help with childcare and financial assistance (Kroese *et al* 2002).

The emphasis on the importance of social support has arisen in the context of a wider definition of parenting, which acknowledges that this is not the sole responsibility of an individual (Llewellyn and McConnell 2004), but rather is a social task with different individuals fulfilling or providing support for different aspects of the parenting role (Booth and Booth 2000). This moves the focus from the parenting capacity of the individual to that of the wider social environment of the child, including social services. Unfortunately, people with learning disabilities, including parents, may lack access to adequate social support (Kroese *et al* 2002, Llewellyn *et al* 2002, Mayes *et al* 2008).

Recent research has shown that some mothers with learning disabilities actively plan and construct their support systems from pregnancy onwards, rather than being passive recipients (Mayes *et al* 2008); many find the support from their extended family invaluable (Llewellyn *et al* 2002, Traustadóttir and Sigurjónsdóttir 2008); but others are isolated in their difficulties and left to raise a child predominantly on their own (Kroese *et al* 2002, Mayes *et al* 2008).

Even when social support is available, it is evidently the nature, quality and accessibility of that support that are more important than the quantity (Aunos *et al* 2004). Research is relatively consistent about which aspects of service provision are perceived as helpful by parents with learning disabilities (Wade *et al* 2008) and how these are best delivered (Llewellyn *et al* 2002, McGaw 2000). For example, it is recommended that interventions are tailored to the individual learning styles and needs of the parents, are relevant to the issues that are important for the parents at that time and are related in a concrete way to their daily lives and experiences (Llewellyn *et al* 2002).

There is debate about which services should provide these interventions. The values that underpin recent UK policy documents, which suggest wider community participation and integration into mainstream services (Scottish Executive 2000, Department of Health 2001), conflict with reports that mainstream services lack the confidence and expertise to meet the needs of parents with learning disabilities (Llewellyn and Brigden 1995, Tarleton *et al* 2006). As was noted by the IASSID (2008), community-based services that are provided for groups of parents are generally not open to those with learning disabilities or, if they are, time constraints may mean that services cannot meet the needs of parents with learning disabilities for longer-term, more flexible approaches.

Scottish initiative

This article describes an initiative in a predominantly rural area of Scotland, which provides pre- and postnatal services to young mothers and fathers, some of whom require additional support for a variety of reasons, including learning disabilities, mental health difficulties and teenage pregnancy.

The first service for these parents was set up approximately four years ago. Since then a second service has been developed and two more are planned, all aiming to bring parents together to provide mutual social support, health promotion and improved quality of life for them and their children. The initiative comprises a young parents' group, which is open to mothers and fathers aged from 16 to 24 years, although there is some flexibility. The majority of participants are mothers.

The referral system is flexible; referrals may be received from professionals working in child and family and health services, such as midwives, social workers and health visitors. Parents may hear about the group by word of mouth and come along on that basis. The only exclusion criterion is age. Attendance is voluntary, although some parents, about whom there are concerns, are strongly advised to attend.



Parents were invited to join a postnatal group where they were able to share information and learn from others who have children at different developmental stages

The ante- and postnatal groups are run weekly and last for two hours each, with lunch in between. The groups are open and parents who have attended the antenatal group frequently join the postnatal group when their babies are born. Each group may have up to 15 people attending at any given time. The numbers of parents with learning disabilities varies from year to year. At the time of writing, two participants have a formal diagnosis of learning disability, which is approximately 4 per cent of the total number of participants.

The groups are run by staff from health, social work and voluntary agencies. Each group is facilitated by three or four staff members, which allows staff to meet the particular needs of individual parents; for example, parents with learning disabilities may require additional support with a given activity. The groups are structured so that written material is kept to a minimum, and active participation and modelling of behaviours are maximised. Themes and health promotion messages are repeated and illustrated over a number of weeks.

As the groups are informal, with a social support focus, there are plenty of opportunities for breaks

and socialising. This structure makes the groups accessible to parents with learning disabilities, who are not singled out as needing more support than other group members.

Group activities are wide ranging. The antenatal group focuses on issues relating to health during pregnancy, labour and childbirth, whereas the postnatal group includes topics such as first-aid for babies, health and exercise. Both groups offer creative and practical activities, such as painting and craftwork, and healthy eating sessions and health checks for the parents. There are regular review sessions where the parents can give feedback and suggest topics and activities. Members set their own rules of conduct during group time. As the children and babies attend with the parents, there is also a focus on activities that can be shared with the child.

Feedback

The service has not been evaluated formally, but informal feedback from the parents suggests that the aspects which they particularly value include:

- Feeling accepted as part of a group.
- The opportunity to meet with others.
- Learning craft activities.
- Having a forum in which to ask questions and share information.

The young parents' group described is, to the authors' knowledge, one of few mainstream groups open to parents with learning disabilities and to both fathers and mothers. Although the group was not specifically developed for mothers and fathers with learning disabilities, the structure, content and processes are consistent with what research has found useful to such parents.

Perhaps most importantly, the groups recognise and legitimise the roles of the participants as parents, including those with learning disabilities (Kroese *et al* 2002). This is consistently identified by attenders as what they value most about the groups.

It is likely that the feeling of being accepted as a parent is enhanced by the fact that the antenatal group develops initially as a small cohort of parents who are going through the same process of pregnancy and who are likely to share similar concerns and experiences. Following the birth of their babies, these parents are then invited to join the bigger postnatal group where they are able to share and learn from parents who have children at different developmental stages. This structure also provides valuable social support which appears to encourage the parents' sense of competence, rather than undermining it (Tucker and Johnson 1989, Aunos *et al* 2004).

General feedback from participants suggests that the most important factor is the legitimisation of their parenting roles

There are plans to strengthen the social support role of the groups further by asking parents who have attended for a long period to take on the role of peer supporters for newer members.

The way the groups are run is consistent with recommendations from research with parents with learning disabilities (McGaw 2000, Llewellyn *et al* 2002). They offer individualised support to parents, the topics and activities are directly relevant, having been chosen by the parents themselves, and are presented in a concrete way that invites active participation. As parents with learning disabilities by definition have cognitive difficulties, the focus on modelling, participation, repetition, generalisation, and minimal use of written materials is likely to be helpful to them (Williams *et al* 2009).

Fathers welcome

A further strength of the group is that it is open to fathers as well as mothers. The limited research that is available has suggested that men are important in the lives of mothers with learning disabilities, in particular because they provide additional 'human capital' to the family; that is a wider range of abilities such as literacy and practical accomplishments (Booth and Booth 2002). This may be reflected in the feedback from attenders, who identify one of the main benefits of the groups as the opportunity to learn skills such as practical healthy eating, basic first-aid and to ask questions.

The groups implicitly enshrine the principle that parenting takes place within a social context, rather than being the responsibility of a single individual (Llewellyn and McConnell 2004). Facilitators and participants all contribute to the parenting role for each child, by bringing their own experiences and expertise, or simply by providing social support within the group context. Health, voluntary and social work services share the parenting responsibility (Wade *et al* 2008) in a context that is likely to be perceived as more helpful than, for example, contact due to child protection concerns.

To date no formal evaluation of the groups has taken place, other than in terms of attendance and regular feedback from members about what they like and dislike. Attendance is consistently good (approximately 80 per cent) and the majority of parents attend as a result of hearing about groups by word of mouth. This suggests that the service

is experienced as useful and valuable. As other researchers have noted, one of the main factors bringing about engagement in a group is whether the parents find it beneficial to themselves and their family (McGaw 2000, Llewellyn *et al* 2002). More formal evaluation of the service is needed, which could identify those aspects that facilitate engagement. Similarly, there is no information available about the long-term impact of the service on outcomes for parents and their children. It is, therefore, unclear to what extent the groups influence factors such as family stress, parental resilience, knowledge and skills, and the likelihood of children remaining with parents. These are all important areas for future research.

Conclusion

Social support has been shown to be important for parents with learning disabilities, but many are socially isolated and unable to access mainstream services. The paper describes a group which is open to all young parents, including those with learning disabilities. The group was not developed just for parents with learning disabilities; approximately 4 per cent of the participants have learning disabilities, and the structure and content of the groups are consistent with recommended practice for such parents.

A formal evaluation would be useful to identify in more detail which aspects of the service are most valued by the parents with learning disabilities. General feedback from participants suggests that the most important factor is the legitimisation of their parenting roles. The groups offer a way of engaging parents with learning disabilities in the wider community and providing social support.

Implications for practice

- Parents with a learning disability appear to be able to benefit from mainstream parenting groups if they are structured correctly.
- The structure should take account the learning needs of individual parents and include more concrete examples and activities and have less reliance on written materials.
- An important component in providing support to parents with a learning disability is legitimising their role as parents.

For author guidelines visit the *Learning Disability Practice* home page at www.learningdisabilitypractice.co.uk For related articles visit our archive and search using the keywords

Karen McKenzie is consultant clinical psychologist with NHS Borders

Rebecca Wade is a Sure Start midwife in the Galashiels Social Work Department

Linda Davidson manages the Family Support Service of Scottish Borders Council

References

Aunos M, Goupil G, Feldman M (2004) Mothers with an intellectual disability who do not have custody of their children. *Journal on Developmental Disabilities.* 10, 2, 65-79.

Booth T, Booth W (2000) Against the odds: growing up with parents who have learning difficulties. *Mental Retardation.* 38, 1, 1-14.

Booth T, Booth W (2002) Men in the lives of mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 15, 3, 187-199.

Booth T, Booth W, McConnell D (2005) The prevalence and outcomes of care proceedings involving parents with learning difficulties in the family courts. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 18, 1, 7-17.

Department of Health (2001) *Valuing People: A New Strategy for Learning Disability for the 21st century.* The Stationery Office, London.

Feldman M, Varghese J, Ramsay J *et al* (2002) Relationships between social support, stress and mother-child interactions in mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 15, 4, 314-323.

Koeske G. Koeske R (1990) The buffering effect of social support on parental stress. *American Journal of Orthopsychiatry.* 60, 3, 440-451.

Kroese B, Hussein H, Clifford C *et al* (2002) Social support networks and psychological well-being of mothers with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 15, 324-340.

Llewellyn G, Brigden D (1995) Factors affecting service provision to parents with intellectual disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities.* 20, 2, 97-112.

Llewellyn G, McConnell D, Russo D *et al* (2002) Home-based programmes for parents with intellectual disabilities: lessons from practice. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 15, 341-353.

Llewellyn G, McConnell D, Mayes R (2003) Health of mothers with intellectual limitations. *Australian and New Zealand Journal of Public Health.* 27, 1, 17-19.

Llewellyn G, McConnell D (2004) Mothering capacity and social milieu. In Esdail S, Olsen J (Eds) *Mothering Occupations: Challenge, Agency and Participation.* FA Davis, Philadephia PA.

International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities (2008) Parents labelled with intellectual disability: position of the IASSID SIRG on parents and parenting with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 21, 4, 296-307.

Mayes R, Llewellyn G, McConnell D (2008) Active negotiation: mothers with intellectual disabilities creating their social support networks. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 21, 4, 341-350.

McGaw S (2000) *What Works for Parents with Learning Disabilities?* Barnardo's, London.

Scottish Executive (2000) *The Same as You? A Review of Services for People with Learning Disabilities.* Scottish Executive, Edinburgh.

Tarleton B, Ward L, Howarth J (2006) *Finding the Right Support. A Review of the Issues and Positive Practice in Supporting Parents with Learning Difficulties and their Children.* The Baring Foundation, London.

Traustadóttir R, Sigurjónsdóttir H (2008) The 'Mother' behind the mother: three generations of mothers with intellectual disabilities and their family support networks. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 21, 4, 331-340.

Tucker M, Johnson O (1989) Competence promoting vs. competence inhibiting social support for mentally retarded mothers. *Human Organisation.* 48, 2, 95-107.

Wade C, Llewellyn G, Matthews J (2008) Review of parent training interventions for parents with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 21, 4, 351-366.

Williams T, McKenzie K, McKenzie A (2009) Training care staff about the concept of learning disability. *Learning Disability Practice.* 12, 5, 34-37.

Young S, Hawkins T (2006) Special parenting and the combined skills model. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 19, 4, 346-355.

Copyright of Learning Disability Practice is the property of RCN Publishing Company and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Revista Eletrônica de Enfermagem
ISSN 1518-1944 UFG
Artigo Original

Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer[1]

Social net and family social support in the following of the preterm newborn and of low birth weight

Red y apoyo social de familias en el seguimiento del recién nacido pretermino y de bajo peso al nacer

Cláudia Silveira Viera[I], Débora Falleiros de Mello[II], Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira[III], Maria Cândida de Carvalho Furtado[IV]

[1] Artigo vinculado a uma tese de Doutorado do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (PESP/EERP/USP).

[I] Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente do curso de enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR. E-mail: claudiavictor@terra.com.br.
[II] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Livre Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública (MISP) da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP. E-mail: defmello@eerp.usp.br.
[III] Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental. Doutoranda PESP/EERP/USP. Ribeirão Preto, SP. E-mail: brosana@unioeste.br.
[IV] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Doutor do MISP/EERP/USP. Ribeirão Preto, SP. E-mail: mcandida@eerp.usp.br.

RESUMO

Um dos aspectos ligados à sobrevida do recém-nascido (RN) pré-termo (PT) e de baixo peso ao nascer (BPN) é relativo ao período após a alta hospitalar. Este estudo tem por objetivo identificar a rede social e o apoio social de famílias com filho PT e BPN egresso da UTI neonatal, a partir da utilização dos instrumentos genograma e ecomapa com estas famílias no município de Cascavel-Paraná. É um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, sendo que a partir dos relatos de seis famílias com filhos egressos de UTIN, acompanhadas por meio de visitas domiciliares nos três primeiros meses após a alta hospitalar, obtiveram-se dados que foram agrupados ao redor de três temas: A rede social como integrante do seguimento do PT e BPN no contexto da família; O apoio social nas experiências das famílias com bebê PT e BPN; A vulnerabilidade e o contexto da rede e do apoio social. Emergiu no estudo, um conjunto de atores e cenários que fazem parte da rede ligada às famílias no seu cotidiano. A atuação da enfermagem ganha mais sentido com o conhecimento dessa rede, que proporciona uma integração entre saberes práticos e saberes técnicos.

Descritores: Recém-Nascido; Cuidado da criança; Apoio social; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

One of the connected aspects to the occurred of the preterm (PT) newborn and of low birth weight (LBW) is relative to the period after the discharge from hospital. This study aims to identify the social net and the social support of families where children were born prematurely and were hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), from the utilization of the genogram and ecomap instruments with families from Cascavel city. It is a descriptive study, with qualitative approach; we carry out the following of six families that had the PT/LBW children in the NICU by family's appointments during the hospitalization and of seven home visits after child discharge in the three first months after hospital discharge. The facts were grouped about three subjects: The social net as the member of the PT and BPN segment in the family context; the social support in the experiences of the families with babies PT and BPN; the vulnerability and the context of the net and of the social support. It emerged an assembly of actors and settings that they are part of the net connection to the families in their routine. The action of the nursing earns more sense with the knowledge of the net that provides integration between practical knowledge and technical knowledge.

Descriptors: Newborn; Child care; Social support; Community Health Nursing.

Uno de los aspectos relativos a la sobrevida del recién nacido (RN) pretermino (PT) y de bajo peso al nacer (BPN) esta conectado al período después de la alta hospitalaria. Este estudio tuvo como objetivo identificar la red social y el apoyo social de familias con hijo PT y BPN egreso de la terapia intensiva neonatal, a partir de la utilización de los instrumentos genograma y ecomapa con familias en la ciudad de Cascavel-Paraná. Es uno estudio descriptivo, con el enfoque cualitativo, donde acompañamos seis familias que tenian el hijo PT/BPN egreso de la UTIN por medio de encuentros durante la hospitalización y de siete visitas en el hogar después de la alta del niño en los tres primer meses después de la alta hospitalaria. Los datos fueron agrupados al rededor de tres sujetos: La red social como parte del seguimiento del PT y BPN en el contexto de la familia; el apoyo social en las experiencias de las familias con el niño PT y BPN; la vulnerabilidad y el contexto de la red y del apoyo social. Surgió una gama de actores y escenarios que hacen parte de la red conectada a las familias en su rutina. La acción de la enfermería gana más sentido con el conocimiento de esa red, eso proporciona una integración entre los conocimientos prácticos y conocimientos técnicos.

Descriptores: Recién nacido; Cuidado del niño; Apoyo social; Enfermería en Salud Comunitaria.

INTRODUÇÃO

Um dos aspectos ligados à sobrevida do recém-nascido (RN) pré-termo (PT) e de baixo peso ao nascer (BPN) é relativo ao período após a alta hospitalar. Nesse contexto, tem grande relevância a apreensão do modo como as famílias se organizam e dos vários fatores coexistentes, que devem ser considerados desde a alta hospitalar dessa criança até sua inserção nos programas públicos de atenção à saúde infantil. Para o planejamento do cuidado em saúde é vital conhecer os aspectos vinculados a rede social e apoio social que a família busca no cotidiano.

Para compreendermos melhor essa relação é preciso diferenciar rede social de apoio social, pois são conceitos interrelacionados, mas com algumas diversificações entre si. A "rede social refere-se à dimensão estrutural ou institucional, ligada a um indivíduo [...]. O apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros desta rede social efetivamente importante para as famílias"[1].

Como rede social, entende-se que fazem parte as instituições relacionadas à família, tais como as organizações religiosas, o sistema de saúde, a escola e a vizinhança e, como parte do apoio social, a autora aponta os membros dessa rede social que são significativos para as famílias e seus membros. Salienta-se, também, que esse apoio e a rede social auxiliam no fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, atuando na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de agravos à saúde e também na recuperação da saúde[2].

O apoio social pode ser compreendido, ainda, como "um processo de interação entre pessoas ou grupos de pessoas, que por meio do contato sistemático estabelecem vínculos de amizades e de informação, recebendo apoio material, emocional, afetivo, contribuído para o bem estar recíproco e construindo fatores positivos na prevenção e manutenção da saúde. O apoio social realça o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de situações cotidianas em momento de crise"[3].

Embasando-nos nessa compreensão foi possível apreender como ocorrem as relações das famílias com a comunidade em que estão inseridas, sendo possível apreender que o suporte da rede e do apoio é fundamental à família e ao indivíduo no enfrentamento de transições normativas e não normativas no processo de desenvolvimento, como é o nascimento de um filho, em especial o PT e BPN.

A experiência da prematuridade para as famílias é uma condição de enfermidade, por si só, pois coloca os sujeitos diante de limitações, impedimentos e situações que mudam a relação da pessoa com o trabalho, com seus familiares, amigos e parceiros. Esta situação muitas vezes provoca na família certa fragilização de sua rotina de vida, do próprio sentido da vida e da capacidade de resolver problemas que o afetam, já que tudo aquilo que estava a princípio organizado é modificado de forma abrupta com o nascimento prematuro do filho e hospitalização em uma UTIN.

Assim, o apoio social que as redes sociais proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, o qual é potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais.

Com base nessas reflexões, este estudo tem por objetivo identificar a rede social e o apoio social de famílias com filho PT e BPN egresso da UTI neonatal, a partir da utilização dos instrumentos genograma e ecomapa em famílias do município de Cascavel-Paraná.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir dos relatos de famílias com filhos egressos de UTIN, acompanhadas por meio de visitas domiciliárias (VD) nos três primeiros meses após a alta hospitalar.

O estudo foi desenvolvido no município de Cascavel, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIOESTE, sob o parecer 088/2005-CEP. Durante o período da hospitalização da criança na UTIN, foram contatadas mães de crianças PT e BPN que estavam próximos a receber alta hospitalar e era conversado sobre o interesse em participar da pesquisa. Para adentrar a família das crianças PT e de BPN egressas da terapia intensiva neonatal foi preciso uma aproximação de um de seus membros, que neste caso foi representada pela figura da mãe, uma vez que o local de captação dos sujeitos foi a UTIN. A mãe permanecia por mais tempo junto ao seu filho hospitalizado, pois como estava amamentando não poderia ausentar-se por muito tempo, então começamos a coleta de dados com essa representante da família. Posteriormente, quando se desencadeava a visita domiciliária combinada com a mãe, esta nos ia apresentando a composição da família e assim fomos tendo a oportunidade de conhecer os demais membros significativos que compunham a família.

Dessa forma, foi considerado como membros que constituíam cada família todos aqueles que participaram da pesquisa e que foram indicados pelos pais dos PT e de BPN egressos da terapia intensiva neonatal como integrantes da sua família. Seis famílias de crianças PT e de BPN egressas da terapia intensiva neonatal fizeram parte desse estudo, totalizando 22 participantes entre familiares e crianças.

A técnica de coleta de dados utilizada no desenvolvimento do estudo foi a entrevista orientada pela aplicação dos instrumentos genograma e

ecomapa, os quais foram construídos junto com a família durante todos os contatos com esta. Assim, como meio de aproximação das famílias utilizamos a construção do genograma junto com a mãe e pai inicialmente e depois com os membros significativos presentes na casa no dia das visitas, possibilitando confiança e desinibição para iniciar-se a coleta de dados junto aos sujeitos do estudo. O desenvolvimento do genograma envolve um processo complexo, que vai além da representação gráfica da origem da família e se traduz em uma ferramenta de coleta de dados que propicia informações acerca das dimensões da dinâmica familiar, dentre as quais emergem as relações estabelecidas entre os seus membros, os seus equilíbrios e desequilíbrios e como ocorre o processo de interação e comunicação entre eles[4]. Nesse processo a entrevista é uma parte significativa e a comunicação que ocorre entre o profissional e a família pode ser entendida como um processo envolvendo interação social, recuperação de memórias e desenvolvimento próprio. Fornece informações demográficas, sobre a cultura e posição funcional de seus membros, recursos e acontecimentos críticos na dinâmica familiar. Durante a sua construção é possível visualizar a dinâmica e as relações familiares[5].

O ecomapa, por sua vez, fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação entre a família e o mundo[6]. Esse instrumento conecta as circunstâncias ao meio ambiente, mostrando o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários, possibilitando avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família[7]. É considerada uma representação das relações com o supra-sistema, ou seja, com outras pessoas e com instituições do contexto da família, permitindo uma "fotografia" das principais relações que a família tem com o ambiente[8].

Durante a coleta dos dados foram realizadas sete visitas domiciliárias para cada família, distribuídas da seguinte forma: quatro no primeiro mês após a alta do bebê da UTIN; duas no segundo mês e uma no terceiro mês após alta. Para fins de sigilo e proteção do anonimato dos sujeitos, as famílias foram identificadas pelo nome fictício do PT/BPN: família do Wagner, da Camily, da Keity, da Gabriela, da Letícia e da Malu.

Na análise dos dados, após a transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras, releituras, ordenação e leitura flutuante[9], organizando e estruturando as partes e relacionando-as para a identificação de idéias relevantes. Os dados foram agrupados ao redor de três temas: A rede social como integrante do seguimento do PT e BPN no contexto da família; O apoio social nas experiências das famílias com bebê PT e BPN; A vulnerabilidade e o contexto da rede e do apoio social.

RESULTADOS

A rede social como integrante do seguimento do PT e BPN no contexto da família

A rede social das famílias do estudo se constituiu, principalmente, das instituições de saúde, da igreja e de algumas instituições para as atividades de lazer, como pode ser observado nas falas a seguir*:*

*[...] tem o ambulatório (*seguimento do bebê de risco*) né, que a levo (PT/BPN) todo mês e aí tem a fisioterapia né, e por enquanto só isso né, que eu tô fazendo. Que nem faz tempo que eu te falei que eu marquei já a puericultura dela só que eu não levei, né. Daí agora eu tenho que marcar de novo, amanhã eu vou lá marcar ou hoje mesmo, pra ter esse acompanhamento também [...] a gente vai à igreja toda quinta-feira, meu marido vai há mais tempo que eu, mas é muito bom pro coração da gente, dá um alívio, fico mais calma. [...] às vezes a gente vai numa lanchonete aqui perto pra conversar, mas depois que a Camy nasceu não fui mais, só o Jeorge é que vai, só vamos mesmo às vezes à casa dos meus irmãos, porque a gente não tem amigo que vem em casa não, é mais a minha sogra e a minha cunhada que vem aqui. (Brenda, mãe de Camily).*

[...] a gente sai assim, na minha mãe só, na igreja, daí a gente foi na piscina esses dias lá no clube, mas daí a gente levou ela (PT/BPN) junto, né, que lá vai assim no bercinho e fica lá junto com a gente [...]. O pessoal do posto já veio duas vezes aqui depois que ela chegou em casa, disseram que tá tudo bem com ela e acho que eles voltam outro dia, porque sempre eles tão vindo aqui [...] acho bem bom que eles vêem em casa, a gente fica mais tranqüila, né e também toda semana levo a nenê lá pra pesar [...] na puericultura levo uma vez por mês, como o enfermeiro me falou (Sheila, mãe de Keity).

A igreja, foi importante quando eu tava no hospital com a Gaby, os tios pedirão oração pra ela nas rádios e em todas as igrejas, tanto na nossa evangélica, como na católica e nas outras. Fizeram orações e acho que foi muito bom, pois a fé também ajuda a curar, porque Deus fez os médicos pra curar, né? Agora (depois que o bebê está em casa) a gente não foi ainda, porque ela (nenê) é muito pequena e tem o risco de contaminação como tava escrito lá naquele papel que você me deu, lembra? (cartilha de cuidados com o PT). [...] Daqui (bairro) não tem muita coisa não, os vizinhos eu nem conheço, então nem podem me ajudar. [...] é importante (a UBS), porque levo a nenê pra vacinar, mas o resto é só na pediatra (serviço privado) dela, porque o pessoal do posto é muito, sei lá não sinto segurança, sabe. (Cíntia, mãe de Gabriela).

[...] aqui do bairro a gente só usa mesmo a escola da Marina (tia de Malu), porque no posto (UBS) não dá pra ir como já te falei e a gente usa o do outro

bairro, lá é melhor, é mais limpo, menos gente, pra nenê é melhor levar lá [...] tem também o nosso trabalho (dela e do esposo) que fica aqui, quer dizer a gente quase que trabalha em casa, porque moramos no pátio do nosso trabalho, né. (Eda, avó de Malu).

Como parte da rede social, identificou-se o serviço de saúde do ambulatório de seguimento do bebê de risco, o serviço de fisioterapia, citado aqui no papel do profissional fisioterapeuta, e a unidade básica de saúde (UBS). Este último serviço era utilizado pelas famílias para a imunização da criança e o acompanhamento na puericultura.

No caso da família de Camily, até o momento da última VD, ainda não havia iniciado a puericultura na UBS, somente haviam levado o bebê a este serviço para realizar as imunizações. Durante os três meses após a alta hospitalar da criança, a equipe da UBS havia realizado uma VD a essa família, para investigação do bebê de risco. Esse fato foi um aspecto relatado pela família como desfavorável no serviço da UBS, uma vez que a abordagem dos profissionais do serviço não estabelecia vínculo com a família e desse modo, não proporcionava a atenção à saúde da criança como os usuários esperavam. O pai de Camily, Jeorge, durante uma das VD comentou que o serviço da UBS era mais bem desenvolvido nas cidades menores, onde as pessoas da equipe da UBS tinham um relacionamento mais próximo com seus clientes, pois os conheciam melhor, reafirmando assim que a falta de vínculo com a unidade é um fator que dificulta o desempenho adequado do cuidado em saúde.

A VD emerge neste estudo como um meio de propiciar segurança à família, bem como de conhecer a criança, sua família, seu cotidiano e seu contexto socioeconômico e cultural.

Uma das famílias demonstrou ter conhecimento sobre como proceder para ter acesso aos serviços públicos de saúde e relata o uso da rede básica com frequência. Essa situação é diferente da experenciada pelas demais famílias deste estudo, pois houve o relato de um relacionamento mais próximo com a UBS, em que a família de Keity seguia as orientações dadas pela equipe desse serviço para adentrar aos demais níveis da atenção à saúde. A mãe relatou a sequência para o acesso aos serviços de saúde da rede pública, ou seja, primeiramente buscavam o atendimento na UBS para, posteriormente, dirigirem-se ao pronto atendimento e esse os encaminhava para o hospital em caso de necessidade. Esse itinerário relatado pela mãe de Keity nos pareceu advir de um conhecimento adquirido nos contatos com a equipe da UBS, referindo confiança e segurança nos profissionais e seu trabalho.

Um dos aspectos que chamou a atenção foi em relação ao lazer dessas famílias, pois o mesmo não foi mencionado como uma rotina das famílias em estudo, principalmente, no caso da família de Letícia, após o diagnóstico das complicações neurológicas da criança. Essa situação levou a família a uma busca constante de cuidados à saúde do bebê, tais como tratamento fisioterápico semanal, tratamento fonoaudiológico e acompanhamento médico especializado com pediatra e neurologista, assim como no terceiro mês após a alta da criança da UTIN, esta iniciou o tratamento na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Em nenhum momento citaram instituições ou locais que estariam se dirigindo para ter um momento de lazer. Desse modo, nos três primeiros meses em casa, a vida familiar girava em torno dos problemas de saúde do bebê, não lhes restando tempo para outras interações sociais.

Percebe-se, então, que a rede social que faz parte do seguimento do recém-nascido PT/BPN deste estudo se restringia as instituições religiosas e dos serviços de saúde, sendo o serviço de saúde da Atenção Básica em Saúde (ABS) o mais distante das famílias, exceto para uma das seis famílias que conseguiu estabelecer um vínculo mais extenso com a equipe da UBS.

O apoio social nas experiências das famílias com bebê PT e BPN

Como fontes de apoio social as famílias destacaram os parceiros, os membros da família extensa, os amigos e outras pessoas que experienciavam a mesma situação, como explicitado nas falas dos sujeitos.

[...] também tem os meus parentes, né que conhecem os médicos, daí qualquer coisinha liga. Meus pais, os nossos pais, né. Tem meu tio, que mora aqui pertinho. Qualquer coisinha também tem a minha mãe, que é só ligar pra ela. [...] meus pais me ajudam muito, eles nos ajudam todo mês [...] Ela (mãe) me ajuda bastante, né, em termos financeiros, tipo se for contar, mês passado meu salário foi quase mil reais, porque foi juntando daqui e dali e ela foi me adiantando dinheiro, pro plano da nenê, pra luz e telefone, farmácia. Minha sogra também tava me ajudando, só que ela não cobra de mim, né, só que ela precisa, ela tem o cigarro dela, as coisas dela, a filha que não trabalha, e ela é diarista, ganha pouco, né. Então quem mais me ajuda é a minha mãe, mesmo. De amigo mesmo é mais o Korn que tem, eu fiz uma amiga lá na UTIN, sabe a mãe da Malu, eles vieram aqui nos visitar. (Cíntia, mãe de Gabriela).

Ah! É elas gostam, né, elas gostam do nenê, né, elas (avó e tias de Keity) ajudam. A gente precisa ir a algum lugar, alguma coisa elas cuidam, né pra gente, daí tá tudo bem. Minha cunhada me ajuda no serviço da casa também, quando minha sogra tá trabalhando. [...]. (Sheila, mãe de Keity).

A gente procura vir aqui (casa de Gabriela), ver se tá faltando alguma coisa, se eles precisam de dinheiro

ou alguma coisa. Sabe meu genro acaba gastando demais, daí a gente tem que ajudar, né, não vai deixar passar necessidade, ainda mais agora que tem a Gaby. Quando venho eu lavo uma roupa, dou banho na nenê, faço ela dormir, acho que assim que posso ajuda. [...] assim sinto mais perto dela, depois de tanto tempo que ela ficou no hospital, né e avó é pra isso mesmo, né, tem que ajudar. A gente ajuda em tudo que pode, dando uma coisa aqui outra ali, cuidando dela, ajeitando a casa. (Beth, avó materna de Gabriela).

Daí a minha irmã tá ajudando né, ela vem todo dia dar banho na nenê pra mim, tá ajudando com o plano, vai pagar a metade e nós pagamos a outra metade [...].(Manoela, mãe de Letícia).

Ah! Somos só eu, meu marido e a nenê, meu irmão que mora no sítio que me ajuda um pouco, né, quando eu preciso de dinheiro ele empresta, posso ir lá pra fazenda e ficar lá com ele e só, porque o resto da minha família mora longe, né. [...].(Brenda, mãe de Camily).

A minha sogra me ajuda bastante com a nenê, meu marido também, ele até já troca a fralda e faz ela arrotar.[...] tem a Marina (tia) que ajuda quando tenho que fazer os serviço da casa ela fica com a nenê para mim e o meu sogro que leva e trás a gente dos lugares com a Malu. (Melissa, mãe de Malu).

Os membros da própria família se ajudam, tanto financeira como emocionalmente. Um participava da vida do outro, colaborando na medida do possível, não havendo conflitos intensos entre as idéias dos diversos membros. Fora o convívio interno da família foi citado como apoio alguns amigos dos casais.

Ainda, como parte do apoio social da vida dessas famílias, emergiu nos relatos a equipe de saúde da UTIN, o médico do serviço de saúde particular e o pesquisador, como nos mostram as seguintes falas:

*[...] tem o pediatra dela, ás vezes a gente liga na UTI (*neonatal*), que as meninas da UTI sempre gostaram bastante dela, né, falaram que quando precisasse de alguma coisa era só ligar, aí eu ligo pra elas, tem também a enfermeira C. (*pesquisador*), que vem aqui toda semana pra conversar com a gente. (Cíntia, mãe de Gabriela).*

[...] tem o pediatra dela, né, o doutor João, que é muito legal, sempre que precisamos a gente liga ou vai lá e ele atende a Lelê. (Manoela, mãe de Letícia).

Ah, tem você (referindo-se ao pesquisador) que tá toda semana com a gente, dá uma certa tranquilidade de saber que você vem [...] (Eda, avó de Malu).

[...] sabe C. (pesquisador) depois que você tá vindo aqui toda semana, a Brenda me falou que ela nem tá com tanto medo mais de cuidar da nenê. (Jeorge, pai de Camily).

A família extensa representa para essas famílias seu maior e mais constante apoio, assim como o vínculo com o profissional médico, considerado um apoio importante, com segurança no atendimento e no enfrentamento das dificuldades vivenciadas com o bebê.

Nas visitas domiciliares, durante a elaboração do ecomapa, as mães citaram o pediatra do serviço privado de saúde como um profissional importante para elas, uma pessoa a quem podiam se dirigir sempre que possível a qualquer horário, sem necessidade de espera prolongada, dando-lhes mais segurança para qualquer eventualidade com o bebê.

Nos demais serviços da comunidade, como a UBS, a idéia é que a utilizavam como serviço complementar para imunização e para consultas dos pais caso fosse necessário, não relatando um vínculo com algum profissional específico desse local.

Outro aspecto percebido nestas famílias foi quanto à manutenção de vínculos com a equipe de enfermagem da UTIN, parece que esses laços se mantinham mesmo após a alta hospitalar, demonstrando confiança adquirida durante o período de hospitalização. Essa relação gerou na família segurança e a percepção da equipe da UTIN como um ponto de referência a quem podiam recorrer quando tivessem dificuldades com o cuidado do PT e BPN. Esse vínculo se estabeleceu também com o pesquisador durante as VD, como mencionado pelas famílias. Essa relação poderia ser cultivada e expandida para os demais profissionais de saúde dos serviços públicos de saúde, ou seja, no atendimento na ABS e no ambulatório de risco o relacionamento com as crianças PT e BPN e suas famílias deveria ser relevante durante os momentos de cuidado.

A vulnerabilidade e o contexto da rede e do apoio social

A questão da vulnerabilidade, particularmente a vulnerabilidade social, aparece no contexto das redes sociais e do apoio social, sendo um aspecto importante a destacar porque tem implicações no cuidado em saúde[10].

Neste estudo, a família que se encontrava em situação de vulnerabilidade social, apresentou a rede social e o apoio social diferenciados das demais famílias do estudo. Dessa forma, optou-se por apresentá-la separadamente. Na rede social, essa família dispunha dos serviços de auxílio governamental às famílias carentes, como nos fala Íris:

"Fui lá no SOS (programa municipal de doação de mantimentos e leite) de novo e olha o que eles me deram (mostra um cartão com agendamento para dois meses após a alta da UTIN) é pra eu buscar o leite só nesse dia, antes não dá.[...] Ah! A gente também não pode trabalhar né, porque com quem as crianças ficam, então a Ana (amiga que mora com ela) recebe a bolsa alimentação, porque tem a menina de sete anos que tá na escola". (Íris, mãe de Wagner).

Nessa família, tem-se também o apoio vindo da família extensa, de vizinhos e de pessoas de fora da comunidade:

*"[...] Só a velhinha (*vizinha Anacleta*) ali da frente que dá uma mão pra gente, ela cuida o nenê pra mim, pra gente fazer as coisas. Mas ela não pode dar nada pra gente, porque ela também não tem nem pra ela, né? [...] ela me ajuda a cuidar das crianças, agora tá cuidando do bebê e da menorzinha pra eu fazer o serviço. Ela dá banho nele e dá mama (*pausa*). Assim, tem também a Ana (*colega que mora com ela*) e a Lana (*vizinha e amiga*) que me ajudam assim, ficam com as crianças, ela (*Lana*) me ajuda quando eu venho lavar a roupa, me empresta a máquina pra lavar a roupa. Daí ela dá mama pra ele, ajuda trocar, faz ele dormir, cuida dele, olha ele pra mim, enquanto eu tô lavando roupa e estendendo e gritando com a Lola (*filha menor*). Eu ainda não consegui a bolsa, porque os meus são pequeno né, não tem idade pra escola [...] Tem também o paramédico do SIATE que fez meu parto, trouxe umas coisas aqui pra gente, né, trouxe fralda e uma cesta (*cesta básica*). Daí a gente se vira.[...]". (Íris, mãe de Wagner).*

Observa-se, ainda, que a família de Wagner está em constante luta pela sua sobrevivência, como se percebe nesta fala:

*"Agora tava trabalhando lá no circo, cuidando dos carros, mas o circo foi embora, agora só vou trabalhar lá na Expovel (*feira anual de exposição agropecuária de Cascavel*). Vou cuidar carro lá também [...] Hoje ela (*Ana, a amiga*) foi lá pro São Cristóvão trabalhar numa casa lá, deixou os dois dela comigo, daí a grande não me obedece, não foi pra escola. Eu falei se ela quer ficar assim burra que nem a gente, sem poder trabalhar porque não tem estudo, né, mas ela nem ouve a gente. Daí ficou aí com os outros. [...] Daí agora eu consegui (*dinheiro*) porque eu vendi um carrinho, né de papel e daí comprei o leite pra ele (*Wagner, o PT/BPN*). Eu se viro assim como que dá né, com aquela cesta que você deu ainda, eu tô se virando ainda, amanhã eu vou ir buscar (serviço municipal) o leite dele já, se der eu já trago as quatro latas de leite, que é quatro lata por mês né, que eles dão". (Íris, mãe de Wagner).*

Essa família vivia em condições de pobreza, o que levou a uma modificação em sua estrutura familiar, inserindo como membros dessa família uma amiga e seus filhos na intenção de somar os ganhos para o sustento familiar em decorrência de os esposos estarem em confinamento temporariamente devido a conflitos com a lei.

Essa é uma situação advinda da condição de pobreza em que parte da população brasileira se encontra e tem como consequências, alteração na estrutura familiar, em suas relações e nos papéis e formas de reprodução social.

DISCUSSÃO

As famílias deste estudo estão amparadas por seus familiares e as instituições governamentais têm um vínculo frágil com a comunidade em que estão inseridas. A perspectiva da intersetorialidade e de integração entre os serviços encontra-se vulnerável, uma vez que não se observa os encaminhamentos das famílias para demais setores da sociedade para minimizar os problemas que enfrentam, assim como não há referência e contra-referência entre os serviços de ABS e o de seguimento do bebê. Outro reflexo da vulnerabilidade se dá na relação entre profissionais de saúde e usuários, a qual ocorre de modo superficial, sem o estabelecimento de vínculo não facilitando a integralidade do cuidado aos egressos da UTIN e sal família.

Apreendeu-se também que a unidade familiar apresenta uma característica moderna, ou seja, pode-se dizer que a visão do modelo nuclear e patriarcal de família ainda existe, mas há uma nova concepção da família. Modelo esse que possui um jeito próprio de se estruturar conforme suas necessidades, forma específica de se interrelacionar, se comunicar e se emocionar, com suas regras, mitos e ritos, transparecendo somente o que eles querem que seja visto por um sujeito extra-familiar.

A composição do universo familiar é formada por todos esses aspectos interligados, sendo dado um significado e uma interpretação própria em cada contexto familiar, em que a unidade familiar pode ser formada por diversos arranjos de ligações afetivas, com filhos biológicos ou adotivos, independente de gênero. Nessas relações, as emoções e o contexto familiar são únicos, havendo também uma relação de cuidado com o significado de compromisso entre os membros dessa unidade[11].

Assim, a observação e o estudo sobre o cuidado da criança no contexto da família não podem ocorrer se o pesquisador não olhar e não se inserir no cotidiano familiar para perceber seu universo. A dinâmica familiar mostra-se com uma variedade de formas de organização, crenças, valores e práticas que se desenvolvem diante das situações que a vida lhes apresenta em busca de se adequar ou mesmo solucionar problemas e momentos vivenciados.

Além de conhecer a unidade familiar, é preciso que as equipes de saúde conheçam a rede social e o apoio social que as famílias de bebês PT e BPN acessam e que está disponível para que possam planejar a assistência a essa clientela, visto que esse apoio é um dos fatores responsáveis pela manutenção do equilíbrio e da dinâmica familiar.

O apoio social às famílias durante os períodos de transição advindos do nascimento de filhos é imprescindível, pois esse apoio percebido e recebido pelas pessoas auxiliando na manutenção da saúde mental, no enfrentamento de situações de estresse, tais como a doença, o alívio do estresse físico e

mental. Além de serem importantes para a adequação dos comportamentos maternos em relação aos filhos, esses apoios são oferecidos às pessoas de acordo com suas variadas necessidades[12].

Nas últimas décadas, toda a situação político-econômica do país produziu uma defasagem na renda familiar, levando ao subemprego, ou mesmo desemprego, de muitos chefes de família, modificando também a inserção no mercado de trabalho, antes centrada no homem e/ou na mulher e agora envolvendo os demais membros da família, como crianças e adolescentes, ou, ainda, a agregação de parentes ou amigos, dividindo a mesma casa para aumentar os rendimentos e garantir a sobrevivência[13]. Assim, a família brasileira passa a ser uma unidade familiar múltipla ou ampliada por agregados, sendo designado o termo *família* como "agrupamentos sociais bastante diferentes entre si"[14]. Dessa forma, a família nuclear está rodeada pelos conterrâneos e a família ampliada passa a ser fundamental para a sobrevivência das famílias em situação de pobreza e exclusão, em que esses aglomerados familiares são responsáveis por uma relação de dependência em prol da sobrevivência, uma vez que existe uma cumplicidade de favores, um apoio mútuo em todas as situações.

A equipe de saúde que presta atenção à saúde desse grupo deve, portanto, conhecer e compreender a sua estrutura e sua dinâmica, para poder identificar as reais necessidades e prestar um cuidado integral a todos seus membros. Contudo, na família de Wagner, que se encontrava na situação de uma maior vulnerabilidade social, percebe-se que a relação entre a família e a UBS era inexistente. Não havia vínculo ou parceria entre a família, a equipe da UBS e o ambulatório de seguimento do bebê de risco, sendo que esses serviços não foram nem mencionados pela mãe como sendo um dos serviços de sua rede social. Durante os três meses de seguimento dessa família pelo pesquisador, foi observado que a mãe não conseguiu levar o PT e BPN ao retorno agendado no ambulatório de risco do Hospital Universitário por falta de recursos financeiros para o seu deslocamento até esse serviço.

Nessa situação, a família encontrava-se em desalinho com a UBS, a qual mesmo após o contato do pesquisador para passar as informações dos problemas vivenciados por essa família não tomou providências acerca do fato e, assim, não propôs nenhum tipo de apoio à mãe e sua família na busca de estratégias de enfrentamento da condição de vulnerabilidade em que se encontravam. Percebe-se, então, que não há intersetorialidade no cuidado prestado pela equipe da UBS a esse grupo, reafirmando a concepção de cuidado fragmentado, focalizado no corpo doente e não no cuidado integrador, deflagrando que o serviço de ABS dessa comunidade encontrava-se em uma vulnerabilidade programática no que tange a atenção à saúde do PT e BPN.

Há, então, uma necessidade de promoção e apoio às famílias que se encontram vulneráveis socialmente, em condições de pobreza, por meio de políticas sociais bem articuladas e focalizadas para a questão. As famílias que vivem nessa situação são chamadas a reagir a essa dificuldade social, no entanto, não lhes são dadas ferramentas que lhe subsidiem o enfrentamento da situação de vida, possibilitando-lhes acesso a bens e serviços. Assim, o "Estado deve pensar em políticas públicas de caráter universal, que assegurem proteção social e que reconheçam a família como sujeito de direitos, capaz de potencializar as ações propostas"[14].

Desse modo, pode-se dizer que conhecer a rede social e o apoio social disponível pode contribuir para o cuidado à família, pois se constitui em possibilidades de ampliar estratégias para aliviar tensões e compartilhar responsabilidades, sendo o apoio social um elemento forte no auxílio à família na resolução das dificuldades emanadas da vivência da hospitalização do filho e, posteriormente, após a alta da criança.

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem utilizar-se do conhecimento sobre quem e o que faz parte da rede de relações da família no contexto em que está inserida e, a partir daí, procurar ampliar, juntamente com ela, novas fontes de apoio e rede social. Essa ampliação só será possível se houver um cuidado integrador que envolva a família, a comunidade e os serviços de saúde.

Salienta-se que na comunidade estão dispostas as instituições escolares, religiosas, a vizinhança e a família extensa, as quais se traduzem como a rede social significativa para a maioria das famílias deste estudo. Os serviços de saúde, no entanto, tiveram um papel pouco significativo na vida dessas famílias. Faz-se necessário, portanto, explorar as possibilidades que a comunidade dispõe para servir de rede social e também de apoio social às famílias de crianças PT e BPN. Esse é um cuidado que o enfermeiro poderá realizar, buscando, por meio da percepção da interação existente entre a família e a rede social existente, reconhecer as instituições que poderão contribuir para o fortalecimento dessas famílias, conduzindo ao estabelecimento de vínculos entre as famílias e a rede social. Essa relação de interação repercutirá em uma ampliação da rede social e do apoio social à essa família, levando ao fortalecimento das potencialidades das famílias e elogiando o que elas adquiriram nessa caminhada de cuidar do filho PT e BPN em casa.

Uma das ferramentas que o enfermeiro da ABS pode utilizar para abordar as famílias e identificar sua rede e apoio social, bem como as relações familiares

é o uso do ecomapa e genograma, os quais possibilitam a aproximação e participação da família no processo de cuidar[15]. Assim como, a equipe de saúde da atenção básica deve desenvolver ações efetivas na atenção à saúde da criança, considerando o domicílio como um espaço importante para a integração e implementação de ações[16] direcionadas as famílias que recebem o filho após uma hospitalização por vezes prolongada nas UTIN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento do funcionamento da família, de sua estrutura, como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente, os problemas de saúde, as situações de risco, os padrões de vulnerabilidade, o contexto social, cultural e econômico no qual está inserida, sua rede e apoio social são elementos de fundamental importância para a realização do planejamento das intervenções de saúde.

A utilização dos instrumentos, genograma e ecomapa, mostram o desenvolvimento e formato da estrutura da família, fornecem informações sobre o contexto de vida da família. Durante a sua construção a família é envolvida ativamente, relatando a história de sua origem, as particularidades dos seus membros, os acontecimentos significativos de suas histórias e as condições de saúde da família. Neste estudo, ocorreu uma aproximação entre os sujeitos (entrevistado/entrevistador) por meio da utilização desses instrumentos, conduzindo ao estabelecimento de confiança e vínculo, oportunizando aos familiares uma reflexão acerca de sua vida, das relações familiares, possibilitando a busca de novas formas de enfrentar as situações vivenciadas pela família e de apoio a eles tanto dentro como fora da própria família na vivencia de ter o filho PT/BPN egresso da UTIN.

A rede social e o apoio social foram compreendidos como aqueles serviços com os quais as famílias tinham algum tipo de ligação e aquelas pessoas que eram importantes para suas vidas, respectivamente.

A família extensa representa para essas famílias seu maior e mais constante apoio, assim como o vínculo com o profissional de saúde, particularmente, o médico considerado um apoio importante. A equipe de saúde que presta atenção à saúde desse grupo deve, portanto, conhecer e compreender a sua estrutura e sua dinâmica, possibilitando identificar as reais necessidades e prestar um cuidado integral a todos seus membros.

O seguimento da saúde da criança PT e de BPN pode se tornar fortemente sustentável e longitudinal sob a forma de um cuidado mais integrador, à medida que articular a intervenção técnica a outros aspectos não tecnológicos, expandir as atitudes profissionais apoiadas em conhecimentos das famílias, no respeito às fragilidades, buscando a compreensão das diferentes situações e aproximando as famílias dos serviços de saúde, gerando novas relações e desdobrando novas possibilidades para o cuidado em saúde e de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. Rev Lat Am Enfermagem. 2008;16(2):324-27.

2. Bullock K. Family social support. In: BOMAR PJ. Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice. 3rd ed. North Carolina: Saunders, Elsevier; 2004.

3. Piertrukowicz MCLC. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde [dissertation]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2001. 117p.

4. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. Tradução: Sílvia M. Spada. 3rd ed. São Paulo: Roca; 2002.

5. Pereira APS, Teixeira GM, Bressan CAB, Martini JG. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):407-16.

6. Ross B, Cobb KL. Eco-map construction. In: Family Nursing. New York: Addison Wesley; 1990. p. 177-81.

7. Dias J, Nascimento LC, Mendes IJM, Rocha SMM. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. Texto Contexto Enferm. 2007;16(4):688-95.

8. Bousso RS, Ângelo M. A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 18-22.

9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.

10. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

11. Szymansky H. Teorias e "teorias" de famílias. In: Carvalho MCB et al. (Org). A família contemporânea em debate. São Paulo: EDU/Cortez; 1995. p. 23-7.

12. Dessen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. Psic.: Teor. e Pesq. 2000;16(3):221-31.

13. Carvalho MCB. A priorização da família na agenda da política social. In: Carvalho MCB et al. (Org). A família contemporânea em debate. São Paulo: EDU/Cortez; 1995.

14. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas. Cien Saude Colet. 2005;10(2):357-63.

15. Mello DF, Viera CS, Biasoli-Alves ZMM, Simpionato E, Nascimento LC. Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. Rev Bras Cresc Desenv Hum. 2005;15(1):78-88.

16. Martins CA, Siqueira KM, MAR, Barbosa MA, Carvalho SMS, Santos LV. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2008 [cited 2010 mar 15]; 10(4):1015-25. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm

Artigo recebido em 05.11.08.
Aprovado para publicação em 27.11.09.
Artigo publicado em 31.03.10.

A RELEVÂNCIA DO APOIO SOCIAL NA VELHICE

ROSA MARIA LOPES MARTINS *

1. INTRODUÇÃO

O debate gerado em torno do envelhecimento e das respostas sociais de apoio aos cidadãos idosos, têm adquirido nos últimos anos e particularmente nas sociedades ocidentais, crescente actualidade e relevância. A notoriedade desta questão, encontra-se na centralidade que o tema tem tido no discurso político e social e na proliferação de iniciativas mais ou menos visíveis e mediáticas que têm como preocupação central questões ligadas a velhice e ao apoio social

Apesar de só a partir dos anos 70 o apoio social constituir um quadro teórico integrado e consistente, encontram-se já anteriormente inúmeros estudos ligados à psicologia (sobretudo a comunitária) cujos contributos foram decisivos para o seu desenvolvimento.

Marcos fundamentais no campo do apoio social foram também as investigações levadas a cabo por Caplan (1974), Cassel (1974 e 1979), Cobb (1976), Barrón (1996), Vaux (1988), Faria (1999), Vaz Serra (1999), e Matos e Ferreira (2000). O seu interesse deriva não só do facto de terem aberto caminho ao desenvolvimento e conceptualização deste constructo, mas porque a partir delas foi possível conhecer os efeitos sobre a saúde e bem-estar de diferentes tipos de relações, (relações intimas a integração social), passando pelo estudo das redes sociais nos seus aspectos estruturais e funcionais.

2. CONCEITOS

Uma revisão da literatura sobre as questões ligadas ao apoio social mostra que a terminologia utilizada nos diferentes estudos está associada a uma grande diversidade de conceitos e pontos de vista, que como refere NUNES (1999) vão desde: apoio instrumental e emocional, *feedback*, aconselhamento, interacção positiva, orientação, confiança, socialização, sentimento de pertença, informação, assistência maternal, etc.…

Se a divergência de terminologia encontrada amplia por um lado a abrangência

* Professora coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Superior Politécnico de Viseu.

conceptual do termo, também por outro percebemos que, tem dificultado a aceitação coerente e universal da definição.

É com esta visão de pluralidade conceptual que passaremos à apresentação e análise de algumas definições de apoio social sugeridas pelos investigadores desta temática.

Assim para Barrón (1996), o apoio social é "um conceito interactivo que se refere às transacções que se estabelecem entre indivíduos". É genericamente definido como a utilidade das pessoas (que nos amam, nos dão valor e se preocupam connosco) e nas quais se pode confiar ou com quem se pode contar em qualquer circunstância. (Cruz 2001).

Nesta perspectiva, o apoio assume-se como um processo promotor de assistência e ajuda através de factores de suporte que facilitam e asseguram a sobrevivência dos seres humanos.

Visão análoga apresenta Vaz Serra (1999), ao definir apoio social como "quantidade e coesão das relações sociais que rodeiam de modo dinâmico um indivíduo". Trata-se portanto de um conceito interactivo referente a transacções entre os indivíduos, no sentido de promover o bem-estar físico e psicológico.

Trata-se de um processo dinâmico e transaccional de influência mútua entre o indivíduo e a sua rede de apoio, num contexto que Loreto (2000) denomina de ecológico e que representa duas componentes. O "apoio" refere-se as actividades dos domínios instrumental e expressivo, enquanto o "Social", reflecte o vínculo da pessoa ao meio social que pode ser considerado em três vertentes: comunitária, de rede social e do relacionamento íntimo.

Estas vertentes são igualmente defendidas por Barrón (1996) uma vez que abrange perspectivas estruturais, funcionais e/ou contextuais, estabelecendo uma diferenciação entre aspectos de carácter subjectivo e outros de carácter objectivo.

A análise dos conceitos demonstra que a participação dos indivíduos, grupos ou comunidades, estão implícitas e firmam-se em ligações entre os recursos e os processos de apoio.

Na opinião de diversos autores o apoio social não deve ser simplesmente uma construção teórica, mas antes um processo dinâmico e complexo, que envolve transacções entre indivíduos e as suas redes sociais, no sentido de satisfazer necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que possuem, para enfrentarem as novas exigências e atingirem novos objectivos.

As necessidades sociais defendidas por Thoits (1995) e reforçadas por Matos e Ferreira (2000) são afiliação, o afecto, a pertença, a identidade, a segurança e a aprovação e podem satisfazer-se mediante a provisão de ajuda a dois níveis:

- Socio-emocional – Que engloba afecto, simpatia, compreensão, aceitação e estima

de pessoas significativas

- Instrumental – Que compreende conselho, informação, ajuda com a família ou com o trabalho e ainda a ajuda económica.

Recentemente tem-se salientado sobretudo o papel do apoio social percebido, enfatizando-se assim a importância dos aspectos cognitivos e interpessoais, dentro do paradigma cognitivo da psicologia contemporânea.

Nesta perspectiva as percepções que os indivíduos têm do apoio social e da sua disponibilidade dependem de variáveis situacionais: que passam pelo que acontece nas transacções sociais, pelos aspectos da sua própria personalidade (por exemplo: capacidade do indivíduo para comunicar as suas necessidades e para pedir auxílio à sua rede social) e ainda de estilos cognitivos (Matos e Ferreira, 2000).

Verificamos deste modo que o apoio social refere-se a funções desempenhadas por grupos ou pessoas significativas (familiares, amigos ou vizinhos) para o indivíduo em determinadas situações da vida. Mas a subjectividade e individualidade do apoio social depende da percepção pessoal de cada indivíduo. Esta percepção assenta na comunicação dos sujeitos de que são estimados e traduz-se, pela crença generalizada que os indivíduos desenvolveram de que os outros se interessam por eles, que estão disponíveis quando eles precisam, e isto suscita satisfação quanto ás relações que têm.

Esta subjectividade, tem sido largamente questionada no entanto Vaux (1988) defende que a percepção corresponde na maioria das vezes à realidade, mas mesmo considerando que há situações em que existem divergências (como por exemplo quando uma acção é percebida como amável ou simpático e na realidade o não foi), o que conta realmente para a pessoa é a sua percepção.

3. FUNÇÕES E EFEITOS

A análise das funções do apoio social revela (à semelhança do que verificamos sobre as definições) que existem entre os autores aspectos comuns e aspectos divergentes. Estas divergências acentuam-se sobretudo na forma como são descritas, como seguidamente podemos verificar.

Assim já em 1985 Wills (citado por Cruz, 2001) propunha quatro tipos de apoio social, que consistiam em:

- apoio à estima – é aquele em que um grupo de pessoas contribui para aumentar a auto-estima do próprio indivíduo;
- apoio informativo – em que existem pessoas que estão disponíveis para oferecer conselhos;

- acompanhamento social - engloba o apoio conseguido através de actividades sociais;
- apoio instrumental - diz respeito a toda a ajuda do tipo físico.

Posteriormente Oxford (1992) depois de ter levado a cabo um estudo abrangente, propõe cinco funções de apoio social, que compreendem: suporte emocional, suporte de estima, suporte informativo, suporte instrumental e ainda a socialização.

Contrariamente e depois de analisar as diferentes formas de apresentação das funções de apoio social, Barrón (1996) sugere um modelo mais simples e integrador que passa pelo (1) apoio emocional, (2) apoio material e instrumental (3) e apoio de informação.

O apoio emocional – diz respeito à disponibilidade de alguém com quem se pode falar, e inclui as condutas que fomentam sentimentos de bem-estar afectivo. Estes fazem com que o sujeito se sinta querido, amado e respeitado e integram expressões ou demonstrações de amor, afecto, carinho, simpatia, empatia, estima.

Apoio material e instrumental – caracteriza-se por acções ou materiais proporcionados por outras pessoas e que servem para resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas. Este tipo de apoio, tem como finalidade diminuir a sobrecarga das tarefas e deixar tempo livre para actividades de laser. O apoio material só é efectivo, quando o receptor percebe esta ajuda como apropriada. Se isto não acontece a ajuda é avaliada como inadequada, o que pode acontecer sempre que o sujeito sente ameaçada a sua liberdade ou se sente em dívida.

Apoio de informação – refere-se ao processo através do qual as pessoas recebem informações ou orientações relevantes que as ajuda a compreender o seu mundo e/ou ajustar-se às alterações que existem nele.

Inspirado nos constructos de Cohen e Will (1985) Cutrona e Russel (1990) Powell e Enright (1990) também Vaz Serra (1999) diferencia seis tipos de funções nomeadamente:

- Apoio afectivo – faz com que as pessoas se sintam estimadas e aceites pelos outros, apesar dos seus defeitos, erros ou limitações, o que contribui para melhorar a auto-estima;
- Apoio emocional – corresponde aos sentimentos de apoio e segurança que a pessoa pode receber e que a ajuda a ultrapassar os problemas;
- Apoio perceptivo – ajuda o indivíduo a reavaliar o seu problema, a dar-lhe outro significado e a estabelecer objectivos mais realistas;
- Apoio informativo – constitui o conjunto de informações e conselhos que ajudam as pessoas a compreender melhor situações complexas, facilitando

o tomado de decisões;

- Apoio instrumental – ajuda o indivíduo a resolver problemas através da prestação concreta de bens e serviços;
- Apoio de convívio social – conseguido através do convívio com outras pessoas em actividades de laser ou culturais, que ajuda a aliviar as tensões e faz a pessoa sentir-se não isolada e participante de determinada rede social.

O papel protector das forças sociais sobre o homem e a sua influência no bem-estar e qualidade de vida são hoje indiscutíveis. Confirmam-no diversas investigações das quais destacamos as de Vaz Serra (1999). As razões apontadas pelo autor traduzem-se no facto de estas:

- estabelecerem elos afectivos mais firmes aumentando assim a segurança;
- contribuírem para a integração social dos indivíduos favorecendo o reconhecimento, valor e competências do indivíduo;
- possibilitarem as trocas (dar e receber) conselhos e informações orientadoras;
- proporcionarem aos seres humanos, a prestação de cuidados a outras pessoas reforçando deste modo sentimentos de utilidade.

Os efeitos produzidos pelo apoio social nos indivíduos, tem sido uma vertente bastante realçada, contudo Barrón (1996) chama a atenção para efeitos de dois tipos:

- o efeito directo;
- o efeito amortecedor.

O apoio social terá um efeito directo sobre o bem-estar, fomentando a saúde independentemente do nível de stress, o que significa que quanto maior for o apoio social menor será o mal-estar psicológico experimentado e quanto menor for o apoio social maior será a incidência dos transtornos.

Para além disso, e na opinião de Vaux (1988) o apoio social promove a adaptação dos indivíduos, quando estes são confrontados com situações normativas, contribuindo assim para o seu bem-estar físico e psicológico.

O efeito protector ou amortizador do apoio social manifesta-se sempre que este actua como moderador de outras forças que também influenciam o bem-estar. Neste caso, as situações indutoras de stress só teriam efeitos negativos nos indivíduos que possuíssem um apoio social baixo.

Não haveria portanto uma influência directa do apoio social no bem-estar do indivíduo, limitando-se a proteger as pessoas dos efeitos patogénicos do *stress* como um

moderador de impacto.

4. REDES SOCIAIS DE APOIO

Na opinião de Paúl (1991) as redes sociais de apoio, mais não são do que formas como as ligações humanas se estruturam como sistemas de apoio (para manutenção e promoção da saúde das pessoas) e os recursos que são partilhados entre os membros desse sistema".

Na literatura das redes é frequente encontrar termos diferentes, mas que pretendem significar aspectos semelhantes. Assim rede social, rede de suporte formal ou informal, rede natural de ajuda, serviços de suporte, etc., são termos muitas vezes usados indistintamente e nem sempre da forma mais adequada.

Rede social – refere-se às relações sociais e às suas características morfológicas e transacionais. A forma como as relações sociais estruturam os comportamentos quotidianos e são mobilizadas em cada circunstância específica, caracteriza a integração social da pessoa.

Já a rede de suporte – é diferente da rede social porque visa uma ajuda concreta às pessoas.

Deste modo, podemos dividir as redes sociais de apoio à pessoa idosa em dois grupos principais: as redes de apoio formal e as redes de apoio informal.

No grupo constituído pelas redes de apoio formal, incluem-se serviços estatais, de segurança social e os organizados pelo poder local (Lares para a Terceira Idade, Serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Dia) (Nogueira, 1996). Nos de apoio informal, estão incluídos por um lado as famílias do próprio idoso e por outro, os amigos e os vizinhos de que não falaremos uma vez que é um assunto a abordar posteriormente.

As redes sociais de apoio revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato.

No plano das respostas organizadas para idosos, importa pois apresentar propostas que integrem novas relações emergentes entre diferentes gerações, mas que respeitam as opções pessoais de cada um, inerentes aos seus projectos de vida (Grácio, 1999).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARRON, A. I. (1996) – Apoyo social : aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid : Siglo Veinteuno. España Editores, 1996. ISBN 84-232-0918-4.
- CRUZ, E. B. L. (2001) – Estudo da relação entre a qualidade de vida relacionada com saúde e o bem-estar psicológico : a satisfação com a vida e o apoio social. Coimbra : [s.n.], 2001. Dissertação de Mestrado em Sócio-Psicologia da Saúde apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.
- FARIA, C. C. S. (1999) – Comunicação e bem-estar no limiar do século XXI. Coimbra : Universidade de Coimbra, 1999. Vols. I e II.
- LORETO, C. D. (2000) – Sindroma de burnout em enfermeiros de oncologia. Coimbra : [s.n.], 2000. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Superior Miguel Torga.
- MATOS, A. P. ; FERREIRA, A. (2000) – Desenvolvimento da escala de apoio social : alguns dados sobre a sua fiabilidade. Psiquiatria clínica. 21:3 (2000) 243-253.
- NUNES, Maria Madalena J. C. (1999) – Qualidade de vida e diabetes : influência das variáveis psicossociais. Coimbra : [s.n.], 1999. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Altos Estudos Miguel Torga.
- OXFORD, J. (1992) – Social resources, social support. In OXFORD (Ed) - *Community psychology : theory and practice*. England : Wiley & Sans, 1992.
- PAÚL, M. C. (1991) – Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia. Porto: [s.n.], 1991.Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- THOITS, P. A. (1995) – Social support as coping assistance. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 54: 4 (1995) 416-423.
- VAUX, A. (1988) – Social support: theory, research, and intervention. New York: Praeger, 1988. ISBN 0-275-92811-X.
- VAZ SERRA, A. (1999) – O Stress na Vida de Todos os Dias. Coimbra.

© 2009 Springer Publishing Company
Hispanic Health Care International, Vol. 7, No. 4, 2009
DOI: 10.1891/1540–4153.7.4.224

Resilience, Social Support, and Psychological Disturbance in Hispanic Women Residing in a Battered Women's Shelter on the U.S./Mexico Border

Pamela Schultz, PhD, RN
Martha Roditti, MSW, PhD
Madeline Gillette, MSW, MA
New Mexico State University

It has been widely reported that battered women report significant distress as a result of their abuse, but some do not experience serious sequelae and it has been theorized that the explanation for this is explained by the woman's resilience. It is widely accepted that social support and psychological disturbance is related to resilience. The purpose of this study was to explore the relationship among resilience, psychological disturbance, and social support in battered Hispanic women. This study found that type of support and acculturation were significantly correlated to the level of resiliency and mood disturbance experienced by Hispanic battered women.

Es ampliamente reportado que las mujeres que han sido víctimas de violencia domestica, sufren ansiedad, inquietud (distress) como resultado del abuso, sin embargo algunas de ellas no sufren serias consecuencias. Una de las teorías que ha sido propuesta es que la capacidad de recuperarse o adaptarse (resilience) de estas mujeres que seria la razón por la cual no sufran serias consecuencias. Existe evidencia que el apoyo social y las alteraciones psicológicos esten relacionados a la capacidad de recuperarse o adaptarse. El propósito de este estudio fue explorar la relación entre capacidad de recuperarse o adaptarse , alteraciones psicológicas y apoyo social en las mujeres hispanas que han sufrido violencia domestica. Este estudio encontró que el apoyo social y la aculturación estaban significativamente correlacionados con la capacidad de recuperarse o adaptarse y las alteraciones del estado de ánimo, experimento por mujeres hispanas víctimas de violencia domestica.

Keywords: battered women; resilience; social support; Hispanic women; psychological disturbance

According to the National Coalition Against Domestic Violence one in four women will experience domestic violence during her lifetime. It is an epidemic in America. It occurs in all communities, all economic levels, all races and religions, and all educational levels. In New Mexico, Caponera (2005) found that 46% of adult victims who reported domestic violence were Hispanic, and 36% were non-Hispanic White. As of 2003, New Mexico was ranked third in the country for incidents of domestic violence (Violence Policy Center, n.d.). In 2002 New Mexico was ranked third in the United States for highest female homicide rate (National Coalition Against Domestic Violence, n.d.). Furthermore, studies from New York and San Francisco report high incidences of intimate partner violence (IPV) among foreign-born women, including Latinas (National Coalition Against Domestic Violence, n.d.).

Many of the families experiencing IPV in the border area have multiple barriers that make their situations more risky. Poverty is a large factor, and many recent Spanish speaking-only immigrants from Mexico experience the

constant strain of economic, linguistic, geographic, and cultural barriers that put them at an even greater risk of experiencing IPV.

It has been widely reported that battered women report significant distress as a result of their abuse. However, some do not experience serious sequelae, and it has been theorized that the woman's resilience acts as a buffer to diminish the overall effect of the abuse (Humphreys, 2003). In a study of 50 sheltered battered women, Humphreys reported that women who scored high on the resilience scale had less physical and psychological distress.

Friborg, Sorlie, and Rosenvinge (2005) identified three categories of factors believed to be important in the concept of resilience: (1) positive dispositional and temperamental attributes, which may include ego strength, the presence of nonneurotic traits, positive self-esteem, internal locus of control, average to high intelligence, and good social and communication skills; (2) family support and family cohesion, which build resilience; and (3) practical and emotional support from friends and/or colleagues that reinforce a more functional way of coping, which can result in reducing negative mood states.

Heilemann, Lee, and Kury (2002) reported that there was a significant inverse correlation with resilience and depression in 315 women of Mexican descent. Mood is closely related to resilience, as Friborg et al. (2005) indicate in their factors (negative mood being one) that impact resilience.

The purpose of this study is to explore the relationship among resilience, psychological disturbance, and social support in women living in a battered women's shelter in the New Mexico/Texas border area.

Methods

This is a correlational, prospective, descriptive study that will explore the relationship between social support, resilience, and psychological disturbance in women who are experiencing IPV and who are residing in a battered women's shelter.

Data collected will be demographic data to include, age, ethnicity, place of birth, preferred language for reading and writing, marital status, educational level, time from last abusive situation, number and ages of children, number and health conditions/history.

Resilience will be measured using the Resilience Scale developed by Wagnild and Young (1993). This is a measure of psychological resilience that is the capacity to withstand life stressors, thrive, and make meaning from challenges. This is a 25-item self-report questionnaire. The items reflect five resilience themes derived from the authors' review of the literature. The questionnaire was content validated using interviews with 24 American women who were judged to have successfully adapted to major life events. Each item is positively worded on a Likert scale from 1 (*agree*) to 7 (*disagree*). Possible scores range from 25–175, with higher scores indicating a higher resilience. Concurrent validity was supported by significant correlations between resilience scale scores and measures of morale, life satisfaction, and depression. In a study of 50 sheltered battered women this instrument was used and Cronbach's alpha was reported to be .94 (Humphreys, 2003). Neill and Dias (2001) used a revised version of Wagnild and Young's resilience scale, and they reported a reliability of Cronbach's alpha of .91.

The degree of psychological disturbance will be measured by the Profile of Mood States Brief Version (POMS-B). The POMS is a factor analytically derived inventory that has six identifiable mood or affective states, tension-anxiety, depression-dejection, anger-hostility, vigor-activity, fatigue-inertia, and confusion-bewilderment. A total mood disturbance score may be used by summing the scores in factors tension-anxiety, depression-dejection, anger-hostility, fatigue-inertia, and confusion-bewilderment. Total mood disturbance score is the sum of the five listed factors minus the vigor-activity score. If scores on the vigor-activity factor are high then it is possible to obtain a negative score. Scores could possibly range from –19 to 100. This instrument was developed in 1971 and by 2003 there were more than 3,000 citations of reports using the instrument in about 400 journals. It has been normed in four populations: psychiatric outpatients, nonpsychiatric adults, college students, and geriatric adults. A brief version (30 items) was developed in 1989 that has the same subscales and the same normed populations as the original. Six independent factor analytic studies were conducted in the instrument's development, and the reliability scores among each of the factors ranged from .87–.95. This is the version that will be used in this study (McNair, Lorr, Heuchert, & Droppleman, 1989). This instrument has been used in other cultures and found to be valid and reliable (Cronbach's alpha = .92) in the quest for better understanding of the connection between mood and health (Yeun & Shin-Park, 2006).

Social support will be analyzed using the Social Network Map (Tracy & Whittaker, 1990), a widely recognized assessment tool in social work. The map identifies forms of social support and social network factors using the technique of social support network mapping. The Social Network Map identifies three forms of social support: (1) emotional support such as social relations in which someone listens to feelings, offers comfort, encouragement, and support and builds on kin networks and family strengths; (2) informational support such as providing education, information, and referral and information about job training, job availability, and other service availability; and (3) concrete services such as child care, food and housing, parenting classes, drug treatment services, practical housekeeping services, and jobs.

In addition, the map identifies five other social network factors such as network size; social embeddedness (relates to the frequency of contact with network members, a good measure of social isolation; stability (the consistency of a network's composition over time); reciprocity (the extent to which social support in networks is mutual or unidirectional, a key to understanding the process of giving and taking assistance; and density, the extent to which network members are associated with each other. Each of the items is on either a 3- or 4-point scale. The Social Network Map (SNM) utilizes a script to ask a series of eight questions that collect information on the structure of the social network. Reliability of scoring as measured by test–retest of social network members and percent agreement of ratings has been demonstrated in one study (.70 and .76), although some relational aspects of social networks were less stable than others (Tracy, Catalano, Whittaker, & Fine, 1990). Another study addresses construct validity and explored correlations among dimensions of perceived social support as measured by the social network map with other standardized social support instruments (Tracy & Abell, 1994).

Institutional Review Board (IRB) permission to conduct the study was obtained. Residents of the shelters were recruited for participation in the study. Inclusion criteria included age of 18 years or older and willingness to participate. All instruments were translated into Spanish by experienced Spanish translators who had been used by the school of nursing in previous studies, and the interviews were conducted by Spanish-speaking graduate social work students. The Spanish translators were not approved by the IRB and there was no back translation. Those who agreed to participate were given a gift card for their time. Written informed consent was obtained from each participant.

Data analysis was done using SPSS, version 15. Significant differences were analyzed using chi-square and *t*-test; correlation coefficients were used to determine the relationship among resilience, mood disturbance, and demographic variables. Social support variables were recategorized into dichotomous variables, and correlation coefficients were determined between the recategorized variables of social support type and resilience and mood disturbance scores.

Results

Total Sample (n = 77) Demographics

There were 77 women in the study. Their mean ± standard deviation (*SD*) of age was 31.8 ± 9.5 years and the ages ranged from 18 to 59 years. Seventy-one (92%) of the women identified themselves as Hispanic. Of the Hispanic women, 60 (78%) identified themselves as Mexican, 10 (13%) identified themselves as Mexican American, and 1 (1%) identified herself as Central American. Fifty-seven (74%) indicated they spoke Spanish in their homes. Forty-three (56%) indicated they were married, 15 (19%) reported being single, 13 (17%) indicated they had been married, and 6 (8%) indicated they had been living with a significant other. Thirty-five (45%) women had been in the shelter less than 1 month, 38 (49%) had been in the shelter between 1–3 months, and 4 participants had been in the shelter more than 3 months (4–11 months). Fifty-four (70%) of the women earned less than $5,000 per year. Forty-four (57%) had less than a high school education, 15 (20%) were high school graduates or the equivalent, and 18 (23%) had some college or were college graduates. Fifty-nine participants were born outside of the United States. There were 36 (47%) of women who reported a history of childhood violence.

Comparison of Hispanic versus Anglo Women Demographics

The demographics of the women who identified as Hispanic (n = 71) were compared to the women who identified as White (n = 4). There were statistically significant differences in income and educational level. Hispanic women were significantly poorer in that 72% had less than $5,000/year income versus 25% of Anglo women who had less than $5,000/year income ($p$ = .03). Hispanic women had significantly less education than White women. Eighteen percent of Hispanic women had more than a high school education, whereas all (100%) of Anglo women had greater than a high school education (p = .0001).

Resilience and Mood Disturbance Scores

The mean resilience scores for the entire sample (n = 77) were 139 ± 26.1 and the mood disturbance scores were 32.2 ± 24.9. Hispanic women tended to have lower resilience scores and higher mood disturbance scores from Anglo women, but these were not significantly different (138.4 vs. 147.5 and 32.4 vs. 22.8). However, the total mood disturbance score for Hispanic women was statistically significantly higher than the published adult norms for the POMS (32.4 ± 24.8 vs. 20.3 ± 33.1, p = .003)

One item in the Profile of Mood States is "unworthy." Those women who responded affirmatively (n = 14) had a statistically significant lower mean resilience score (125 ± 33 vs. 141.6 ± 24, p = .04) than those who did not respond affirmatively (n = 57).

For those participants who were foreign born (n = 59) the resilience scores for those who had been in the United States 10 years or less tended to have higher scores than those who had been in the United States longer (143.5 ± 26.6 vs. 137.1 ± 25.8, p = .08). Mood disturbance scores were significantly less for those living in the United States 10 years or less when compared with those living in the United States more than 10 years (22.9 ± 20.9 vs. 36.7 ± 21.7, p = .009). Depression subscale indicated

that depression scores were significantly more elevated in women who had been in the United States more than 10 years (13.1 ± 2.6 vs. 4.54 ± 2.9, $p < .0001$) when compared with women who had been in the United States less than 10 years. The Hispanic women who indicated that Spanish was their primary language spoken in the home had higher resilience scores (140.4 ± 25.8 vs. 127.4 ± 28.9, $p = .1$) and lower mood disturbance scores (30.7 ± 22.9 vs. 42 ± 32.9, $p = .1$) than those whose primary language was English; however, this was not statistically significant.

Those women who reported a history of childhood violence tended to have lower resilience scores (133 ± 29.6 vs. 143.7 ± 22.3, $p = .09$). Those with a history of childhood violence had significantly higher mood disturbance scores (39.2 ± 25.3 vs. 25.8 ± 22.6, $p = .02$) than those who did not report a history of childhood violence.

Relationship Among Resilience, Mood Disturbance, and Demographics

According to correlation coefficients there was no relationship between resilience scores and age ($r = .21$, $p = .09$), time in the shelter ($r = .08$, $p = .5$), income ($r = .04$, $p = .7$), education ($r = -.11$, $p = .4$), and primary language spoken ($r = .18$, $p = .1$). Likewise there was no relationship between mood disturbance and age ($r = .002$, $p = .99$), time in the shelter ($r = -.09$, $p = .4$), income ($r = -.11$, $p = .4$), education ($r = .16$, $p = .2$), and primary language spoken ($r = -.17$, $p = .2$). However, there was a significant inverse relationship between the mean resilience score and the mood disturbance score ($r = -.42$, $p = .0001$; Figure 1).

There was a significant relationship between the total resilience scores and each subscale of the POMS except the tension subscale (Table 1). As tension, depression, anger, fatigue, and confusion scores increased, the resilience scores decreased; conversely there was a statistically significant positive relationship between resilience and vigor subscale scores.

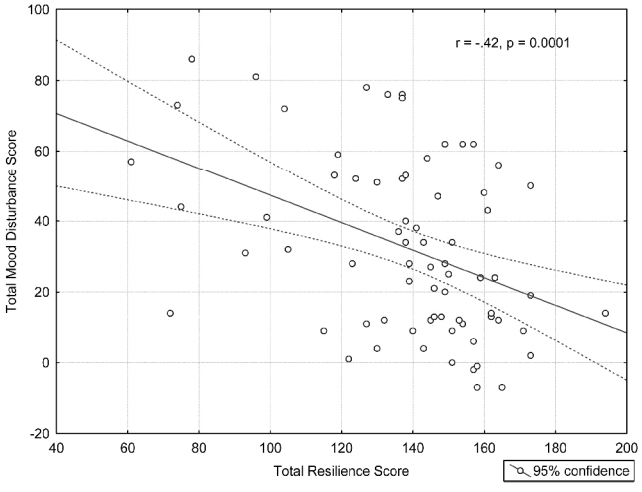


Figure 1. The relationship between Resilience scores and Mood Disturbance score.

Social Network

The social network size ranged from 2 individuals to 16 individuals with a mean + *SD* size of 13.6 ± 2.4 persons. There were seven groupings of relationship of the social network; household members, other family members, work/school individuals, organizational (church, clubs) members, other friends, neighbors, and formal services. For each of these groupings of relationships the median number of individuals was determined, and each grouping was categorized as either *lesser contribution* or *greater contribution* determined by the Likert scale. For example, for each type of support the participant responded one of three ways: *hardly ever*, *sometimes*, or *almost always*. If they responded *hardly ever* that was considered a lesser contribution, if they responded *almost always* that was considered a greater contribution. The lesser contribution group reflected that the relationship was a minor one within the network, and the greater contribution reflected that the relationship was a major one within the individual's network. Table 2 illustrates the resilience scores and the mood disturbance scores by the grouping relationship and its contribution to the individual's network.

When resilience scores and mood disturbance scores were analyzed, there were some differences in resilience scores and mood disturbance scores by the contribution of the various groupings of relationships. The only relationship group that was statistically significant was the grouping relationship of formal services. In those individuals who had a greater contribution of formal services, the resilience scores were significantly higher ($p = .0004$) and the mood disturbance scores were significantly lower ($p = .02$).

The types of support were categorized as concrete support, emotional support, and informational support. In order to understand the impact of the type of support with

TABLE 1. The Relationship Among the Total Resilience Scores and the Subscales of the POMS

Subscale	Correlation *r*	*p* value
Tension	–.26	.03
Depression	–.42	.0001
Anger	–.33	.005
Fatigue	–.37	.001
Confusion	–.25	.04
Vigor	.32	.005

TABLE 2. Resilience and Mood Disturbances Scores by Relationships Within the Support Network

	Resilience Scores			Mood Disturbance Scores		
Relationship	Lesser	Greater	*p* Value	Lesser	Greater	*p* Value
Household	140 ± 23.1 *n = 43*	135.4 ± 31.8 *n = 27*	.2	29.8 ± 20.8 *n = 43*	37.8 ± 29.5 *n = 27*	.09
Other family	135.1 ± 30.1 *n = 39*	142.2 ± 21.4 *n = 31*	.1	34.1 ± 26.1 *n = 39*	31.4 ± 23 *n = 31*	.3
Work/School	138 ± 24.4 *n = 43*	138.6 ± 30.4 *n = 27*	.5	36.3 ± 26.3 *n = 43*	27.4 ± 21 *n = 27*	.07
Organizations	141.1 ± 22 *n = 44*	133.4 ± 33.1 *n = 26*	.1	35.2 ± 23.2 *n = 44*	28.9 ± 26.8 *n = 26*	.2
Other friends	137.5 ± 27.8 *n = 41*	139.3 ± 25.5 *n = 29*	.4	31.7 ± 26.2 *n = 41*	34.6 ± 22.6 *n = 29*	.3
Neighbors	138.7 ± 26.8 *n = 47*	137.3 ± 27 *n = 23*	.4	31.3 ± 23.5 *n = 47*	36.2 ± 27.1 *n = 23*	.2
Formal	129.9 ± 28.7 *n = 35*	146.5 ± 21.9 *n = 35*	.0004*	38.8 ± 26 *n = 35*	26.9 ± 22 *n = 35*	.02*

*Statistically significant, < .50.

TABLE 3. The Relationship Among the Types of Social Support and Resilience and Mood Disturbance Scores

	Resilience Scores			Mood Disturbance Scores		
Type of Support	Lesser	Greater	*p* Value	Lesser	Greater	*p* Value
Concrete	141 ± 23.6 *n* = 33	136.1 ± 31.8 *n* = 38	.2	28.6 ± 25.8 *n* = 33	35.7 ± 23.6 *n* = 38	.1
Emotional	132.9 ± 30.4 *n* = 33	142.7 ± 22.1 *n* = 31	.06	39.3 ± 22.9 *n* = 33	27.3 ± 24.7 *n* = 37	.02
Informational	130.3 ± 31.3 *n* = 31	144.7 ± 20.5 *n* = 40	.01	31.4 ± 22.9 *n* = 31	33.2 ± 26.3 *n* = 40	.4

resilience and mood disturbance, the resilience scores and mood disturbance scores were analyzed as to greater and lesser support as determined by the mean of individuals who indicated that they "always" received the specific kind of support being studied (informational, emotional, or concrete services). Table 3 reflects those findings.

Results indicate that the type of social support is related to higher resiliency scores. For those participants who have indicated a greater amount of emotional and informational support, their resilience scores are higher than those with lesser amounts of emotional and informational support. Those who have greater amounts of emotional support have lower mood disturbance scores than those with lesser amounts of emotional support.

Question 5 of the resilience scale states: "I can be on my own if I have to." This question has significant relevance to the study population. Fifty-one of the women responded with a score of 6 or 7 on the Likert scale (1 *disagree*–7 *agree*). There were several significant characteristics of this group of women. These women had significantly higher resilience scores (148.9 ± 17.3 vs. 111.7 ± 27.4, $p = .0001$), more emotional support (51.6 ± 24 vs. 39.4 ± 19.9, $p = .02$), and more informational support (44.8 ± 24.2 vs. 31.4 ± 17.3, $p = .01$).

Discussion

Humphreys (2003) measured resilience using the Resilience Scale in 50 women of diverse ethnicity residing in a battered women's shelter and reported a mean + *SD* score of 143.1 ± 24. She also reported that women who had resilience scores had less intense psychological distress. Our study had similar findings. Studies of other populations have found inverse relationships with resilience and psychological distress (Aroian & Norris, 2000; Christopher, 2000; Nygren, Jonsen, Gustafson, Norberg, & Lundman, 2005; Wagnild & Young, 1993).

Studies have shown that women experiencing IPV are at risk for depression and that depression in Hispanic women is significantly higher than in White women (Caetano & Cunradi, 2003). In this study we found that depression scores were significantly higher in foreign-born Hispanic women if they had been living in the United States for more than 10 years compared to those who had been living in the United States for a shorter period of time. This finding suggests that acculturation and other social issues may increase the risk of depression in Hispanic women who experience IPV. In addition higher resilience scores accompanied the lower depression scores in Hispanic women who had been in the United States for a shorter period of time. Furthermore, acculturation seems to reduce resilience and increase psychological disturbance. Others have described the "Latino health paradox" (Campos, Schetter, & Abdou, 2008). This paradox states that increased time in the United States results in worsening health outcomes for Latinos. Caetano, Schafer, Clark, Cunradi, and Raspberry (2000) reported that for minority women moderate acculturation increased the rate of IPV, and other studies have shown that IPV increases with acculturation (Klevens, 2007).

Edelson, Hokoda, and Ramos-Lira (2007) have shown that Latinas who have experienced domestic violence have poorer outcomes related to depression and self-esteem than non-Latina women who have experienced domestic violence. Our study indicates that when Hispanic women consider themselves "unworthy" their resilience scores are significantly lower than those who don't consider themselves "unworthy." Mood disturbance scores in this study were significantly higher than published adult norms.

Resilience is linked to social support. Studies have shown that resilient individuals are skillful at seeking and gaining support, especially outside and separate from the family (Kennedy, 2005; Werner & Smith, 2001). Our study has attempted to identify specific types of support and specific individuals within the women's support network that are most useful to the battered woman. Although it is recognized that an extensive social network lessens the impact of IPV (Coker et al., 2002), the nature of the social network that provides the best environment should be explored. In this study we found that resilience scores were higher and psychological disturbance scores were lower in women who experienced more formal services. Santiago and Morash (1995) had reported that 46% of battered Hispanic women did not turn to their families for support, which was unexpected because others have reported that Hispanic and other minority women usually rely on informal support networks in response to family crises (Balgopal, 1988; Klevens, 2007; Kohn & Wilson, 1995; Santiago & Morash, 1995; Yoshioka, Gilbert, El-Bassel, & Baig-Amin, 2003). Our study implies that Hispanic women who seek assistance from a battered women's shelter may receive greater benefit from formal services in their social network than from informal social support networks.

It is well established that the Latino culture places particular importance on close family relationships (Campos et al., 2008). However, others have shown that family support is not necessarily the best type of support and may actually increase the vulnerability of abused Mexican women (Agoff, Herrera, & Castro, 2007). For the woman experiencing IPV, the disruption of the family may be especially detrimental and may explain the high psychological disturbance found in this study.

Murdaugh, Hunt, Sowell, and Santana (2004) reported that the Hispanic women in their study on domestic violence indicated formal services were urgently needed. Our study indicates that Hispanic women residing in a battered women's shelter who have formal services also have higher resilience scores and lower psychological disturbance scores.

Social support is a complex issue; one size does not fit all. Further investigation is needed to explore and identify specific elements of social support and their impact on resilience and mood disturbance in battered Hispanic women.

Implications for the Needs of Battered Women

This study has implications for how to effectively intervene in Hispanic battered women. Not only is social support important, but the type of social support does make a difference. Formal services have the greatest influence on resilience and mood disturbance. Those who receive the greatest amount of formal services have higher resilience and lower mood disturbance scores than those with a lesser amount of formal services. It is important that Hispanic women are provided with informational formal services to increase their reliance and lower their mood disturbance rate. It is also important that women are provided with greater emotional support to lessen their mood disturbances. By increasing their resilience, their mood disturbances will lessen.

Conclusion

1. There was a statistically significant relationship between resilience and mood disturbance in that the more resilient a woman was the less mood disturbance she experienced.
2. Acculturation was an important factor in resilience and mood disturbance in Hispanic women residing in a battered women's shelter.
3. Types of social support influence resilience and mood disturbance in Hispanic women residing in a battered women's shelter.
4. There is a complex relationship that links resilience, mood disturbance, and social support in Hispanic women residing in a battered women's shelter.

References

Agoff, C., Herrera, C., & Castro, R. (2007). The weakness of family ties and their perpetuating effects on gender violence. *Violence Against Women, 13*(11), 1203–1220.

Aroian, K., & Norris, A. (2000). Resilience, stress, and depression among Russian immigrants to Israel. *Western Journal of Nursing Research, 22*(1), 54–67.

Balgopal, P. (1988). Social networks and Asian Indian families. In C. Jacobs & D. Bowles (Eds.), *Ethnicity & Race* (pp. 18–33). Silver Spring, MD: NASW Press.

Caetano, R., & Cunradi, C. (2003). Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. *Annals of Epidemiology, 13*, 661–665.

Caetano, R., Schafer, J., Clark, C., Cunradi, C., & Raspberry, K. (2000). Intimate partner violence, acculturation, and alcohol consumption among Hispanic couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence, 15*(1), 30–45.

Campos, B., Schetter, C., & Abdou, C. (2008). Familialism, social support, and stress: Positive implications for pregnant Latinas. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 14*(2), 155–162.

Caponera, B. (2005). Incidence and nature of domestic violence in New Mexico V: An analysis of 2004 data. *The New Mexico Interpersonal Violence Data Central Repository.*

Christopher, K. (2000). Determinants of psychological well-being in Irish immigrants. *Western Journal of Nursing Research, 22*(2), 123–140.

Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, 11*(5), 465–476.

Edelson, M., Hokoda, A., & Ramos-Lira, L. (2007). Differences in effects of domestic violence between Latina and non-Latina women. *Journal of Family Violence, 22*, 1–10.

Friborg, O., Sorlie, T., & Rosenvinge, J. (2005). Breast cancer: A manual for a proposed group treatment integrating evidence based resilience factors. *Psychological Reports, 97*, 77–97.

Heilemann, M., Lee, K., & Kury, F. (2002). Strengths and vulnerabilities of women of Mexican descent in relation to depressive symptoms. *Nursing Research, 51*(3), 175–182.

Humphreys, J. (2003). Resilience in sheltered battered women. *Issues in Mental Health Nursing, 24*(2), 137–152.

Kennedy, A. (2005). Resilience among urban adolescent mothers living with violence. *Violence Against Women, 11*(12), 1490–1514.

Klevens, J. (2007). An overview of intimate partner violence among Latinos. *Violence Against Women, 13*(2), 111–122.

Kohn, L., & Wilson, M. (1995). Social support networks in the African American family; utility for culturally compatible intervention. In M. Wilson (Ed.), *African American family life: Its structural and ecological aspects. New directions for child development, No. 68* (pp. 35–58). San Francisco: Jossey-Bass.

McNair, D., Lorr, M., Heuchert, J., & Droppleman, L. (1989). *Profile of mood states technical update.* North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.

Murdaugh, C., Hunt, S., Sowell, R., & Santana, I. (2004). Domestic violence in Hispanics in the Southeastern United States: a survey and needs analysis. *Journal of Family Violence, 19*(2), 107–115.

National Coalition Against Domestic Violence. (n.d.) Retrieved January 15, 2007, from http://www.ncadv.org

Neill, J., & Dias, K. (2001). Adventure education and resilience: The double-edged sword. *Journal of Adventure Education and Outdoor Learning, 1*(2), 35–42.

Nygren, B., Jonsen, A., Gustafson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose of life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health, 9*(4), 354–362.

Santiago, A., & Morash, M. (1995). Strategies for serving Latina battered women. In J. Garber & R. Turner (Eds.), *Gender in urban research.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Tracy, E. M., & Abell, N. (1994). Social network map: Some further refinements on administration. *Social Work, 18*(1), 57–60.

Tracy, E. M., Catalano, R. C., Whittaker, J. K., & Fine, D. (1990). Methodological note: Reliability of social network data. *Social Work Research & Abstracts, 26*(2), 33–35.

Tracy, E. M., & Whittaker, J. K. (1990). The social network map: Assessing social support in clinical practice. *Families in Society, 7*(8), 461–561.

Violence Policy Center. (n.d.) Retrieved January 15, 2007, from http://www.vpc.org/

Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*(2), 165–178.

Werner, E., & Smith, R. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

Yeun, E. J., & Shin-Park, K. K. B. (2006). Verification of the profile of mood states—brief: Cross-cultural analysis. *Journal of Clinical Psychology, 62*(9), 1173–1180.

Yoshioka, M., Gilbert, L., El-Bassel, N., & Baig-Amin, M. (2003). Social support and disclosure of abuse: Comparing South Asian, African American, and Hispanic battered women. *Journal of Family Violence, 18*(3), 171–180.

Acknowledgments. *Funding provided by NIH Research Grant 5 P20 NR008352–04 funded by the National Institute of Nursing Research and the National Center for Minority Health and Health Disparities (NCMHD).*

Correspondence regarding this article should be directed to Pamela Schultz, PhD, RN, School of Nursing, New Mexico State University, 1335 International Mall, Suite 110, Las Cruces, NM 88003. E-mail: pschultz@nmsu.edu

Copyright of Hispanic Health Care International is the property of Springer Publishing Company, Inc. and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Sex Roles, Vol. 10, Nos. 11/12, 1984

Social Network Factors and the Transition to Parenthood[1]

Thomas G. Power[2]
University of Houston

Ross D. Parke
University of Illinois

A social support model for predicting the ease of transition into the motherhood role is presented. Four kinds of social network supports (relational, ideological, physical, and informational) and six social network agents (husband, friends, relatives, work associates, neighbors, and institutions) are considered. Ways in which each kind of support facilitates maternal and marital adaptation are discussed, along with implications of such support for influencing the nature of mother–child interactions. In addition, a case example (career women in transition) is presented to illustrate the predictive utility of the model. Policy and research implications of the present analysis follow.

A substantial body of research in sociology indicates that the period surrounding the birth of a first child is a time of stress for most marriages. Major cross-sectional (Feldman, 1971; Rollins & Collins, 1974; Rollins & Feldman, 1970; Spanier et al., 1975) and longitudinal (Feldman, 1971; Ryder, 1973) studies have shown that there is often a decline in marital satisfaction after the birth. For example, in an investigation by Feldman and Rogoff (Silverman & Silverman, 1971), 43% of the couples decreased in satisfaction during this period, 39% remained the same, and only 18% experienced an increase. The purpose of this paper is to identify the salient factors that account for this decline in marital satisfaction, to propose a social support model for describing the relative importance of each of these factors, and to explore the implications of these marital

[1] Thanks are extended to John Gottman, Denise Ingram, and Marianne McGrath for their comments on the manuscript.
[2] Correspondence should be sent to Dr. Thomas G. Power, Psychology Department, University of Houston, Houston, Texas 77004.

0360-0025/84/0600-0949$03.50/0 © 1984 Plenum Publishing Corporation

changes for child development by suggesting ways in which these factors might ultimately affect the nature of parent–child interactions.

A TENTATIVE MODEL

A social support model developed for describing the importance of various factors in the transition to parenthood is presented in Table I. The basic assumption of this model is that the ease of transition into the parenthood role is largely determined by the nature and availability of a number of social supports, both inside and outside of the family unit. This idea is consistent with a number of studies that suggest that the parent's relationships with social network members influence the nature of parent–child interactions (Bronfenbrenner, 1974; Cochran & Brossard, 1979; Parke et al., 1979; Feiring & Taylor, Note 1).

Since the wife generally experiences a greater amount of stress during this period than her husband (Glenn & Weaver, 1978; Hobbs, 1965, 1968; Hobbs & Cole, 1976; Rollins & Feldman, 1970; Russell, 1974), this paper will focus primarily on the wife's transition. This procedure simplifies the model by allowing the marital relationship to be treated as a particular kind of relational support, thus facilitating its comparison with other kinds of support in the social network. It is important to point out, however, that this period is also a stressful one for the husband (Fein, 1978; Fein, Note 2; Wapner, Note 3), and that many of the factors that influence the wife's transition will also influence her husband's.

Four kinds of social network support are listed in the table: relational, ideological, physical, and informational. These are patterned after a recent paper by Cochran and Brossard (1979) and after a number of other studies in the research literature. Each kind of support will be considered below.

Relational supports are those that characterize close, emotional relationships and serve such diverse functions as emotional support and recreation. Relational support can take on a variety of forms. Examples include sharing the woman's excitement about the baby, providing comfort in times of stress, and showing mutual enjoyment in leisure activities.

Ideological support refers to the degree to which the woman's social network provides her with support concerning the ideological basis of her role decisions, e.g., whether she should continue to work after the birth, or whether she should encourage her husband to take an active role in infant care. Examples of ideological support include the case where a husband actively encourages his wife to continue her career after the birth, or the case of a mother who constantly reassures her daughter of the importance of exclusive, maternal care. Of course, these examples would only qualify as ideological *support* if the ideological views expressed in the social network were consistent with or similar to the woman's own opinions.

Table I. A Social Support Model of the Factors Influencing the Transition to Parenthood

Kind of support	Primary agents	Period of importance	Period of maximum importance
Relational	Husband, friends, relatives	Throughout	Early postpartum
Ideological	Husband, friends, work associates, relatives	Pregnancy and late post-partum	Late postpartum
Physical	Husband, friends, relatives, neighbors and institutions	Last month of pregnancy and post-partum	Postpartum
Informational	Friends, and relatives, neighbors, and institutions	Throughout	Early postpartum

Physical support corresponds with Cochran and Brossard's (1979) category: "providing goods and services." Physical support can range from routine housekeeping and child care assistance to an occasional financial gift.

Informational support, a category also proposed by Cochran & Brossard (1979), concerns the degree to which the woman's social network provides her with information or suggestions concerning the transition to parenthood. Suggestions about diet during pregnancy, childrearing, and day care all qualify as examples of informational support.

Comparisons of the four kinds of support indicate that women often receive some types of support outside of the social network. For example, magazines and books might serve the informational function. On the other hand, other types, such as relational support, always come from social network agents. Table I lists the four kinds of support in a hypothesized order of psychological importance. This order is inversely related to the ease with which people can obtain these supports outside the social network: relational, ideological, physical, and informational. Implicit in this scheme is the assumption that *human* or relational support facilitates adjustment much more than support from less personal sources.

In addition to listing the four basic kinds of support, Table I also lists the primary agents that usually provide these supports and the time periods in which each support appears to be the most important. Six agents (husband, friends, relatives, neighbors, work associates, and institutions) and three time points (pregnancy, early postpartum, and later postpartum) are listed. The postpartum period is broken down into two periods, since some data suggest that the first two postpartum months (early postpartum) are especially stressful (Escalona, 1949; Leifer, 1977). Late postpartum extends from the third month to the end

of the infant's first year. Data that indicate which agents and time points are most important for each type of support will be presented in the following sections.

Before turning to a discussion of the various types of support, it is important to make a number of general comments about the model. As can be seen in Table I, the model highlights the importance of three social network agents: the husband, relatives, and the woman's friends. Relational support is generally provided by each of these agents, and this kind of support is important throughout the entire time period. Furthermore, examination of the "agents" column shows that husbands, relatives, and friends are generally the agents who provide the widest variety of support. In contrast, this column also shows that a limited amount of institutionalized support is generally available during the transition to parenthood.

We now turn to a discussion of how the four kinds of social network support operate during this transition period. We will start with relational support, since this appears to be the most essential for ease in transition. In the section devoted to each support, we will discuss its form, the agents that generally provide this kind of support, the importance of timing, and implications for parent–child interactions.

SOCIAL SUPPORTS AND THE TRANSITION TO PARENTHOOD

It is important to stress that most studies of the transition to parenthood provide data that are often limited in answering many of the questions that will be dealt with below. This is the case, since few longitudinal studies have been carried out in this area, and the longitudinal studies that have been conducted rarely involve direct observation of families nor do they employ statistical techniques that allow for the inference of causality. Most studies are cross-sectional, interview, or questionnaire studies that rarely involve more than two or three time points in their assessments. Furthermore, as many of these studies were not designed to deal with the transition issue itself, it is often necessary to draw inferences about the transition period by comparing childless couples to couples with one child. In view of these methodological limitations, it is surprising that a number of consistencies emerge in the data. This review will deal primarily with these consistencies; methodology will only be described in those few cases where longitudinal methods were employed to answer a number of relevant questions.

The Changing Need for Support

An important tenet of the social support model outlined above is that the need for social network supports constantly changes throughout the transition

period. This variation in need appears to be linked to predictable changes in the woman's physical and psychological symptomatology. These changes have been carefully documented in two important longitudinal studies (Erickson, 1967; Leifer, 1977). In the Erickson (1967) study, ten women completed physical and psychological symptom checklists every evening throughout their pregnancies. Ten other women cooperated for 1–5 pregnancy months. Clear developmental changes in symptomatology were identified that were replicated in other investigations (Colman, 1969; Heinstein, 1967; Lubin et al., 1975; Shereshefsky et al., 1973). These changes can best be understood by considering three stages of pregnancy: (1) early pregnancy (first 4–5 months), (2) period of quickening (5–8 months, and (3) the preparation for birth stage (final month).

For many women, the early stage is characterized by a large number of physical symptoms. Symptoms reported in this period include nausea and vomiting, frequent urination, fatigue and headache, and decreased sexual desire. Concurrent with the state of physical stress, symptoms of depression, irritability, anxiety, euphoria, and emotional over-reaction are also common. As Shereshefsky et al. (1973) notes:

> A large proportion of women spoke of tempers more easily aroused, a tendency to be "edgy," tense, nervous, or "touchy," or to "snap" more easily, to become more demanding of their husbands, to dissolve into tears more often – general indications of a greater vulnerability and heightened emotionality (p. 74).

The second stage of pregnancy begins shortly after the first perceptible movements of the fetus (quickening). This period lasts from the fifth to eighth month and is a time of relative ease for most women. Erickson (1967) identified no physical or psychological symptoms that were specific to this period. Similarly, others have reported that the most common reaction to quickening was that of relief (Leifer, 1977; Shereshefsky et al., 1973).

The last month of pregnancy is another stressful period for the mother. By this time, she has gained about 25 pounds, and carrying the fetus becomes exceptionally difficult. Erickson (1967) reported many physical symptoms that occur during this period, including fatigue, backache, increased insomnia, shortness of breath, and groin pain.

Consistent with the reappearance of physical symptoms during the ninth month of pregnancy is a concomitant increase in symptoms of depression, irritability, anxiety, and marked mood swings. Concerns about the infant increase and worries about the birth process come to the forefront (Clifford, 1962; Grimm, 1967; Leifer, 1977; Loesch & Greenberg, 1962). The last month is often a very stressful one for the expectant mother.

The Leifer (1977) study extends these results by examining how the pattern of symptomatology changes after childbirth. In this study, 19 primigravidas were interviewed or filled out questionnaires at seven different time points: once during each pregnancy trimester, at quickening, on the third postpartum day, and at 7 weeks and 7 months postpartum. Results showed that many of the

physical and psychological symptoms common to pregnancy were also found in the first postpartum month, but now with even greater intensity:

> For more than two-thirds of the women, the early postpartum was characterized by moderate to extreme negative affect; for only a few, was the mood one of extreme contentment and satisfaction. More than half of the respondents felt their negative moods were more pervasive and intense at postpartum than they had been during pregnancy, suggesting that the emotional crisis of the postpartum period exceeds that of pregnancy. The mood tone of most women was characterized by feelings of depression, anxiety in regard to providing adequate care for the baby, and heightened emotional lability (p. 75).

Similarly, in a number of retrospective interview studies on the transition to parenthood, women often commented that during the early postpartum months they felt edgy, nervous, or upset, and many complained of tiredness and exhaustion (Hobbs, 1965; Hobbs & Cole, 1976; LeMasters, 1957; Russell, 1974). Similar to these reactions shortly after the birth is a clinical syndrome physicians have labeled the "post-partum blues" (Yalmon et al., 1968). By the seventh postpartum month, few symptoms are reported, although a number of mothers report boredom with routine infant care (Leifer, 1977).

What accounts for these developmental changes in symptomatology? While it is likely that physiological changes may account for much of the stress experienced during *pregnancy,* three experiential factors appear to account for much of the *postpartum* stress: (1) difficulties associated with caring for a young infant for which most new parents are not prepared (Escalona, 1949; Rossi, 1968; Wente & Crockenberg, 1976), (2) dramatic increases in personal responsibilities coupled with substantial new limits on free time (Dyer, 1963; Hobbs, 1965; Hobbs & Cole, 1976; Robinson et al., 1977; Russell, 1974), and (3) the increased amount of housework generally associated with the birth of a first child.

Relational Supports

A number of interview and questionnaire studies show that women often react to the physical and psychological stresses of pregnancy and the early postpartum by becoming more dependent upon their husbands (Blood & Wolf, 1960; Feldman, 1971; Leifer, 1977; Loesch & Greenberg, 1962). Therefore, one might expect that in emotionally close marriages, relationship support would be high throughout the entire transition period. Unfortunately, for many couples it is not. In a longitudinal, observational study of changes in the nature of marital conflict resolution over the pregnancy and postpartum period, Raush and associates (Raush et al., 1974) found that husbands were highly conciliatory during their wives' pregnancies, but after the birth (couples were assessed at 4 months postpartum), the amount of conciliatory behavior had returned to prepregnancy levels. Raush et al. (1974) interpret these findings in the following way:

> Apparently they (the husbands) no longer see their wives as needing special support when engaged in marital conflict. If this finding reflects their actual practices at home, these husbands may be failing their wives just when support is most needed (pp. 190–191).

Ryder (1973) came to a similar conclusion in relation to his finding that women who had children during the second year of marriage were more likely than childless women married equally long to report that their husbands were not paying enough attention to them:

> Such a supposition would presumably mean that after a child arrives, either husbands are less attentive to their wives, or wives want more attention (or assistance) or both (p. 606).

Questionnaire and interview studies suggest a similar pattern of results: husbands provide emotional support during pregnancy (Colman & Colman, 1971; Jessner et al., 1970; Landis et al., 1950), but after the birth of a child couples engage in less emotional expression (Feldman, 1971) and there is an increase in the number of negative husband–wife interactions (Burr, 1970; Campbell et al., 1976; Rollins & Feldman, 1970).

Why do husbands react differently to increases in their wives' dependence during pregnancy and after the birth? Several explanations are possible. First, given the cultural stereotype that pregnancy is a time of need and dependence for women, husbands might feel that their wives are in more need of support during pregnancy than in the postpartum period (Raush et al., 1974). Furthermore, if his wife has quit work to become a full-time homemaker, the husband may feel that she has plenty of time to deal with the demands of the new infant and that her complaints may be exaggerated. Another explanation (in no way incompatible with the previous ones) is that pregnancy is viewed by the husband as being a temporary period of wife dependence, and he anticipates that he need only provide such a high level of support up to the birth of the baby. After the wife has the child, and she is in even more need of support, the husband can no longer view her condition as a temporary one (parenthood lasts a long time) so he may return to providing about the same amount of support he offered prior to the pregnancy (presumably a level he is most comfortable with). Finally, the increased pressures on the husband (both at work and at home) after the birth might prevent him from becoming as supportive as when these pressures were not as salient. Probably in varying degrees, each of these explanations account for the relative decrease in husband support.

Although there is generally a decrease in the amount of relational support after the birth, it is important to stress that relational support from the husband does facilitate the wife's adaptation throughout the transition period. Interview and questionnaire studies during pregnancy (Despres, 1937; Gladieux, 1978; Shereshefsky et al., 1973; Simon, Note 4) and postpartum (Feldman, 1971; Shereshefsky et al., 1973; Feiring & Taylor, Note 1) find significant positive cor-

relations between the degree of husband emotional support and the wife's level of reported satisfaction.

What are the changes in the woman's relationships with significant others outside of the nuclear family during this period? How do these relationships function in influencing the woman's adaptation? These issues have yet to be the focus of much systematic research. The little data that are available only concern the frequency of interaction. After the birth there is generally less interaction with mutual husband–wife friends and more contact with separate friends, neighbors, and relatives (Blood & Wolf, 1960; Hoffman, 1978; Lopata, 1971; Shulman, 1975). These changes probably are the result of the woman's increased confinement to the home and reflect her efforts to deal with the increased feelings of isolation and aloneness that such confinement often brings (Leifer, 1977; Lopata, 1971). How effective these relationships are in facilitating the woman's adaptation to pregnancy and parenthood, and how the role of these relationships differs from the husband's role are questions that await further research.

In summary, the studies reviewed above stress the importance of relational support throughout pregnancy and early parenthood, especially support from the husband. Studies show that relational support can facilitate the woman's adaptation during all phases of this transition, but there is a tendency for many husbands to provide insufficient support at the time when it is most needed, the early postpartum period. While relationships outside the marriage may serve to provide some of this support, little data are available on how effective such supports may be. This lack of congruence between the woman's needs and the level of husband support is probably the primary determinant of the decline in marital satisfaction that characterizes this period.

How might these factors influence the nature of mother–child interactions? While little data are currently available, some suggestive evidence comes from two recent studies of the relationship between the marital and parent–infant relationships (Pedersen et al., Note 5; Vincent, Note 6). In the study by Pedersen and associates (Note 5), fathers and mothers were observed both alone and together with their 5-month-old infants in their homes. The results showed a positive correlation between the amount of negative affect between the spouses and the amount of negative affect directed toward the infant. There were no similar correlations for affectively positive behavior. In the study by Vincent (Note 6), security of parent–infant attachment at 1 year of age could be predicted from observational and self-report measures of the marital relationship at 1 month postnatally. Although the data from either study do not address the direction of causality, one possible explanation of the findings is that negative interactions between spouses are generalized to interactions with the infant. Thus, couples who experience the most stressful transition to parenthood might also be those who have the most negative interactions with their child. One cannot help but speculate that a child brought up in such an environment may be at

higher risk for later problems in social–emotional development than one raised in a warmer and more nurturant family setting.

Ideological Support

While the last section has stressed the importance of the woman's relationship with others for her successful adaptation to parenthood, this section will show how the woman's psychological acceptance of the mothering role is also important. In this section, we will first describe the natural process of adaptation to the maternal role and then discuss the importance of ideological supports in facilitating this process.

The current understanding of the adaptation process comes from several longitudinal, questionnaire, and interview studies of the psychological aspects of pregnancy (Colman & Colman, 1971; Gladieux, 1978; Leifer, 1977; Shereshefsky et al., 1973). Each of these studies stresses the gradual nature of adaptation. For example, Colman and Colman (1971) report that, during the first trimester, many mothers expressed ambivalence and sometimes even rejection of their pregnancies. Many felt that this was the first time that they really appreciated to such an extent the role differences between themselves and their husbands, and many were not pleased with this situation. Leifer (1977) found that quickening often intensified this feeling, as mothers expressed "concerns over loss of personal freedom and the irrevocable changes in lifestyle that parenthood would entail" (p. 81). It was not until the third trimester that these ambivalent feelings were generally resolved by most mothers (Colman & Colman, 1971; Shereshefsky et al., 1973). This process of adaptation is often particularly difficult for career-oriented women (Gladieux, 1978).

While researchers have not examined developmentally the nature of this acceptance process through the early years of mothering, a recent study by Hoffman (1978) suggests that most women come to terms with this new role, often through considerable attitudinal change. She speculates that increased "responsibilities and less freedom may be seen as the attainment of adulthood and stability," while "the increased segregation of husband–wife roles along the traditional, sex-typed lines may be accompanied by a corresponding change in ideology" (p. 366). The degree to which these and other changes in attitude facilitate maternal adaptation and the factors that contribute to attitudinal change are important areas for future research.

The literature indicates that the degree of adaptation to the maternal role is influenced by the social network in at least two ways: (1) by offering ideological support concerning the woman's role decisions, and (2) by allowing her the freedom to engage in role behavior that is consistent with her own ideology. Several interview studies have shown the importance of the woman having a social

network that shares her ideological views. For example, career-oriented women who interact primarily with women with more "traditional" sex-role ideologies tend to report lower marital and maternal satisfaction than women in social networks that share their views (Gans, 1967; Heckman et al., 1977; Lopata, 1971; Rapoport & Rapoport, 1971). Similarly, full-time homemakers who interact in social circles with primarily egalitarian viewpoints concerning women's roles, also report lower marital satisfaction (Bailyn, 1970).

Whether or not a woman can actually engage in her desired role behavior also influences her maternal adaptation. Since there is often a lack of congruence between the young mother's role behavior and her actual desires, it is not surprising that adaptation is not easy for all women. Examples of this incongruity include the many women who work for financial reasons alone (Haller & Rosenmayer, 1971), and women who do not work because (1) they feel a duty to mothering (Hock, 1978; Yarrow et al., 1962), or (2) they cannot find adequate child care (Harrell & Ridley, 1975). As will be seen below, physical support from the social network (such as child care) often facilitates this adaptation.

Who generally provides the woman with ideological support, and when is such support most important? It appears that the later postpartum period (the fourth through twelfth postpartum month) is a period of primary importance, since this is a time when mothers often report increased boredom with routine infant care (Leifer, 1977), and a time when many women return to the labor force. The agents who provide such support depend largely on the woman's ideology. "Traditional" women are more likely to depend upon relatives, while ideologically "modern" women are more likely to depend upon friends and work associates (Lopata, 1971; Gladieux, Note 7). Regardless of the nature of their ideology, it is likely that women also depend highly upon their husbands for support in this area.

The woman's psychological adjustment to the maternal role undoubtedly affects the nature of her interactions with her infant. This has been verified in studies of mothers of preschool and school age children (see Hoffman & Nye, 1974, for a review), and more recently in a longitudinal study of mothers of 3- to 12-month-old infants (Hock, 1978, 1980). In this carefully controlled investigation, Hock compared two demographically similar groups of working and nonworking mothers. Working mothers had worked continuously outside the home since their infant's third month of life. A number of assessments were carried out at birth, 3, 8, and 12 months of age. These included measures of maternal attitudes and behavior, and measures of infant social and cognitive development.

Results showed that working and nonworking mothers did not differ in their childrearing attitudes or caregiving behaviors, nor did their infants differ in developmental status or in the social behavior they directed toward their mothers. However, there was considerable evidence that a lack of congruence between work status and beliefs about the importance of exclusive maternal care

had a negative effect on infant social development. For example, mothers who were working but had strong beliefs about the importance of exclusive maternal care, and nonworking mothers who did not feel that their infants required such care, were most likely to have 1-year-olds who showed high levels of negative reunion behavior in a standardized assessment of infant social development. These mothers also showed the lowest level of satisfaction with mothering. It is likely that many of these were mothers who were forced to work for financial reasons, or mothers who did not work either out of a feeling of "duty" to mothering or because of the unavailability of suitable infant care. These data highlight the importance of the mother's role adjustment for her infant's subsequent development.

To summarize, psychological acceptance of a first pregnancy is a gradual process and appears to be important for eventual adjustment to the maternal role. The social network appears to facilitate this development in at least two ways: (1) by offering the woman ideological support concerning her role decisions, and (2) by allowing her to engage in role behavior that is consistent with her own ideology. Such support is generally offered by the husband, friends, relatives, and work associates, and successful ideological adaptation to the maternal role is related to maternal satisfaction and mother–child interaction.

Physical Support

Another kind of social network support that appears important for the woman's adjustment, especially after the birth, is physical support. The need for this kind of support arises during the last month of pregnancy, when the woman becomes less able to perform routine household tasks and sometimes certain aspects of her job, during the early postpartum period when the women is generally overloaded with the responsibilities of infant care, and during the later postpartum, when she may decide to go back to work. Since there is little data currently available on the nature of physical supports during pregnancy, this section will concentrate primarily on the nature of physical supports during the postpartum period.

While the birth generally brings increased physical support from relatives, physical support from the husband follows the same course as relationship support, a relative decline. Support from relatives often starts at the very beginning, and is generally offered by the grandparents. Several studies report that it is common for the infant's grandparents to help out in the period shortly after the birth, often by living with the couple for a short period to ease the load on the new parents (Duvall, 1954; Escalona, 1949; Young & Willmott, 1957; Siddiqui, Note 8). Generally, the wife's mother provides this assistance unless the husband's mother is the only one living locally (Siddiqui, Note 8).

As mentioned above, the increased contact between grandparents and parents in the early postpartum period is the beginning of a period of increased contact between the three generations. A number of investigators have shown that in addition to increased visiting, grandparents often provide needed help in the form of child care advice, housework, and help during illness throughout the child's early years (Adams, 1964; Blood, 1969; Boyd, 1969; Duvall, 1954; Hill et al., 1970; Lopata, 1971; Sussman, 1953, 1959; Young & Willmott, 1957). Such services are generally provided by mothers and mothers-in-law, while grandfathers generally provide forms of direct and indirect financial support. The fact that grandmothers account for most visits and services is consistent with the general finding that kinship interaction is traditionally maintained by females in American culture (Adams, 1964; Booth, 1972; Reiss, 1962).

Of course, increased contact with relatives does not always mean increased physical support, and it is possible that not all parents perceive the change in contact with relatives after the birth as being a positive one. This idea is supported by the finding that some parents report dissatisfaction with the increased *contact* with grandparents after the birth (Feldman, 1971), but few parents perceive *help* from grandparents as being negative. Studies in this area generally report positive correlations between the amount of help young parents receive from their parents and the couple's marital satisfaction (Blood, 1969; Renne, 1970), the wife's satisfaction with housework (Pearlin, 1975), and each parent's adjustment to the parental role (Fein, 1978). Furthermore, couples are generally satisfied with the frequency of grandparent visiting, as long as its frequency is not more than once a week (Reiss, 1962; Blood, 1969). If this is the case, couples report lower levels of marital satisfaction (Blood, 1969). Satisfaction is particularly low if a large proportion of the relatives' visits are spontaneous and unscheduled.

In those few cases where conflict does occur, parents are more likely to attribute the causes of these conflicts to female relatives. Problems are generally reported in the area of mother-in-law–daughter-in-law relations (Blood & Blood, 1978; Duvall, 1954; Landis & Landis, 1958; Leichter & Mitchell, 1967). These conflicts are generally the result of the daughter-in-law feeling that the paternal grandmother has interfered in some way with the socialization of her child, either through the grandmother's direct interactions with her child or criticism of the daughter-in-law herself (Benedek, 1970; Duvall, 1954; Leichter & Mitchell, 1967).

As was already indicated, physical support from the husband generally decreases after the birth. This occurs whether or not the woman quits her job. While husbands of working mothers generally provide more household help than husbands of nonworking mothers, there is still a decrease after the birth in both groups (Cowan et al., 1978; Hoffman, 1978; Walker, 1970). This decrease generally occurs regardless of the couple's sex-role ideology (Cowan et al., 1978; Stafford et al., 1977).

The *nature* of husband household support also changes. After the birth, husbands provide most of their limited assistance in the area of childcare, leaving their wives to perform even a greater percentage of other household tasks (Lopata, 1971; Oakley, 1974). Furthermore, husband child care assistance is more likely to be in the form of playing and babysitting, rather than in more routine and less pleasant tasks such as diapering and bathing (Escalona, 1949; Kotelchuck, 1976; Rendina & Dickerscheid, 1976; Stafford et al., 1977; Richards et al., Note 9).

In summary, the birth of a first child generally results in a move toward a more traditional division of household labor regardless of the original distribution of household tasks, the couple's ideology, or their work role decisions. If the wife continues to work after the birth, her husband is more likely than the husband of a full-time homemaker to help out with the housework, but there is still a decrease in his amount of support compared to his participation before and during the pregnancy. How then do working mothers cope with the tremendous increase in the amount of housework necessary after the birth and their husband's simultaneous decrease in support? Probably by being more efficient or by setting lower standards. This is suggested by a number of studies that show that full-time working women generally take about half as much time to do their housework as the full-time homemaker (Robinson et al., 1977; Walker, 1969; Vanek, Note 10). This difference cannot be accounted for by differences in the amount of outside help (Vanek, Note 10). Finally, although there generally is a decrease in husband physical support after the birth, wives whose husbands *do* offer them such support, report the highest levels of marital satisfaction (Blood & Wolf, 1960; Gavron, 1966; Oakley, 1974).

While there is generally an increase in physical support from relatives and a decrease in help from husbands, are there systematic changes in the amount of help received from sources such as friends, neighbors, and institutions? Although this question has yet to be the focus of much systematic study, some data suggest that these changes may be limited in scope, given the virtual nonexistence of institutional support during this transition period (see below) and the wide variation in the kinds of neighboring interactions considered to be appropriate in different neighborhoods (Caplow et al., 1964; Keller, 1968; Lopata, 1971). However, if physical support is available (particularly in the form of babysitters), it is positively related to the mother's marital satisfaction (Gavron, 1966).

How does the nature and availability of physical support affect the nature of the mother's interactions with her child? Parke et al. (1979) review a number of studies that show how physical support from the father can influence the nature of mother–infant interaction. For example, a father who takes on a large proportion of the infant's routine care frees the mother from certain responsibilities and also probably influences his wife's interactions with the infant by permitting more time for playful and other noncaretaking interactions. Similarly,

by providing economic support, the father influences mother–infant interaction by determining to a large extent the nature of the environment in which this interaction takes place. It is likely that physical supports from other sources can operate to influence mother–child interaction in similar ways.

Informational Support

The final type of social support to be considered here, informational support, is probably the least of all *social network* supports, as it can easily be found outside of the social network. Such information can be found in books, magazines, and newspaper articles that provide child care advice and through consultation with the baby's doctor. While parents often use such sources for information, parents also turn to friends, relatives, and neighbors for advice (Clarke-Stewart, 1978; Keller, 1968).

The availability of information is undoubtedly important throughout the entire transition period, as most women need information at each stage of the transition. During pregnancy, the woman needs information about diet and prenatal care, while after birth, information about child-rearing, substitute care, and housekeeping become important. As anxiety about infant care is highest during the early postpartum period (see above), it is likely that informational support is probably the most important during these two long months. Several studies have shown that confidence in the maternal role (probably the result of sufficient ideological and informational support) is positively correlated with pregnancy and parenthood satisfaction (Leifer, 1977; Shereshefsky et al., 1973; Gladieux, Note 7).

Although little data are available, the availability and nature of informational support probably affects parent–child interactions, either directly through child care advice, or indirectly through influencing the mother's confidence with her child.

Interactions

While each of the four kinds of social network support considered above (relational, ideological, physical, and informational) appear to influence the nature of the woman's adaptation to a first childbirth, it is important to point out that these factors often interact in complex ways. Three important kinds of interactions are outlined below. First, social network supports do not occur in isolation, but generally occur in common combinations. For example, if a relative provides physical support in the form of child care, he or she may also provide informational support through conversations with the parents. Second, the categories of agents presented in Table I often overlap; neighbors that are

friends may also be work associates. Finally, when the wife receives one kind of support from a social network agent, it may alter the probability of receiving another support from other social network members. For example, if the husband gives a great deal of *physical* support to his wife, she, in turn, may request it less often from relatives, thus decreasing the amount of *informational* support she receives. Given these complex patterns of interaction, it is important that future research simultaneously examine the occurrence of multiple social network supports.

In order to provide further examples of how these factors interact and to illustrate how the model is useful in predicting how various groups of women adjust to a first childbirth, the next section will examine a special case in adaptation, the career woman.

CAREER WOMEN AND THE TRANSITION TO PARENTHOOD

The results of several investigations (Gladieux, 1978; Orden & Bradburn, 1969; Wright, 1978) suggest that working women, especially those who place a high degree of importance on their careers, often experience difficulty in adjustment to the maternal role. These women generally report lower levels of pregnancy, maternal, and marital satisfaction than nonworking women with preschool children. In this section, we will illustrate the value of the proposed model in identifying factors that may account for such difficulty in transition by comparing working and nonworking women on the availability of each of the four types of social support outlined in the model.

Relationship Support

While no evidence suggests that people in the career woman's social network offer any less relationship support than those in the nonworking woman's, Gladieux (1978), in her recent study of pregnancy adaptation, found that career women often rejected relational support during pregnancy:

> Typically, they worked full-time until, or up to their expected due date, and they generally managed their pregnancies with a casual, offhand, "no-big-deal" attitude . . . Women who adopted this stance of dealing with the pregnancy and who failed to recognize the very real changes and limitations induced by pregnancy and who denied the meanings associated with these changes were likely to forfeit as well the transmittal of genuine expressions of support from others, thus increasing their sense of social isolation. They shunned attention or aid from their husbands, relatives, and friends, or felt guilty if they accepted it. Indeed, husbands of these women experienced their wives' heightened state of autonomy as a barrier against offerings of assistance and affection (p. 291).

Ideological Support

Career women are also less likely to receive ideological support than their nonworking counterparts, especially from their relatives. Gladieux (Note 7) found that these women had less contact and poorer relationships with their mothers than "traditional" women, and that their social networks contained very few relatives. Furthermore, others have found that dual-career couples often experience pressure from their social networks for not conforming to traditional sex-role expectations and not adopting a pattern of "traditional childrearing practices," i.e., having the woman quit her job and become a fulltime homemaker (Heckman et al., 1977; Rapoport & Rapoport, 1971; St. John-Parsons, 1978).

Physical Support

Since the career woman's social network is generally limited to a few close friends (Rapoport & Rapoport, 1971; St. John-Parsons, 1978; Young & Willmott, 1957), physical support is often less available to these women than to women with wider social networks that contain relatives. Furthermore, physical support from the husband does not ease this burden. Whereas, husbands of working women are more likely than other husbands to provide their wives with physical support both before and after the birth, the first birth is still associated with a relative decrease in support for these husbands (see above). That this situation leads to considerable family stress is suggested by two findings: (1) dual-career couples often report overload in terms of time commitments (Burke & Weir, 1976, Rapoport & Rapoport, 1971; St. John-Parsons, 1978), and (2) both husbands and wives report a high degree of conflict between job and the family (Herman & Gyllstrom, 1977; Holahan & Gilbert, 1979). While such pressures might be eased by professional housekeeping and child care assistance, this option is generally only financially feasible for a minority of dual-career couples.

Informational Support

Finally, young mothers who are isolated from their extended families and are trying to combine a family and a career, are more likely than other mothers to depend upon friends and written materials for their child care information, rather than on their relatives (Clarke-Steward, 1978). While this may not put these mothers at a disadvantage if the information they get is consistent, it is often the case that child care information from a variety of such sources is not as consistent as the information that other mothers receive from close-knit social networks (Abernathy, 1973). Undoubtedly, consistency in child care advice facilitates the woman's adjustment to the maternal role.

In summary, there is considerable evidence to suggest that the lower levels of maternal and marital adjustment experienced by career women in the transition to parenthood are due to the restricted availability of all four of the supports in the model. Furthermore, for at least one of the four supports (relational support) the woman herself plays an active role in accounting for this low availability. Studies of career women who have managed to obtain access to various combinations of these supports are necessary to further test the predictive utility of this model.

POLICY IMPLICATIONS

The model outlined above has a number of implications for developing programs to aid couples in the transition to parenthood. Three possible foci for intervention are suggested: the marital relationship, the social network, and work.

Marital Relationship

In light of the finding that there is a tendency for husbands to withdraw physical and relational support when it is most needed, programs designed to facilitate adaptation during this period should focus on the husband, either by increasing his sensitivity to his wife's need for support (to prevent the postpartum decline), or through actively encouraging husband support in the postpartum period. In an experimental intervention study, Parke and associates (Parke et al. 1980) developed a 20-min videotape presentation for use in the early postpartum period that significantly increased the level of father caretaking involvement at 3 months. In contrast to fathers who saw no presentation, fathers who saw the videotape during their wives' hospital stay were more likely to feed and diaper their sons (although not their daughters) than control fathers. These results illuminate the feasibility and effectiveness of using the postpartum period as a point of intervention for encouraging husband physical support.

Social Network

Intervention programs utilizing the social network would probably be most effective if they concentrated on providing informational and ideological support during pregnancy, and informational and physical support during the postpartum period. This could be accomplished by integrating into existing Lamaze or other preparation for childbirth programs information about changes that couples can expect in their lifestyle after the birth, as well as information about infant care and development. Two experimental studies comparing the effective-

ness of preparatory guidance programs to less structured programs have shown that preparation is effective in facilitating the adaptation to parenthood (Gordon & Gordon, 1967; Shereshefsky & Yarrow, 1973), especially if both mother *and* father are involved in the sessions (Gordon & Gordon, 1967). As part of the preparatory programs, group discussions could be used to serve the ideological support function, as long as groups were created so that members of a particular group shared similar attitudes concerning work, the family, and sex roles.

If these programs were designed so that the groups meet until the third or fourth postpartum month, groups would continue to provide for the social support needs of couples after the birth. In addition, informal friendships formed through these groups might help to provide the new leisure and occasional child care functions of the social network. The implementation of formalized programs such as neighborhood drop-off centers, babysitting pools, and institutionaized day care would broaden the availability of physical support.

Work

Business and industry can also play an important role in developing programs to facilitate the transition to parenthood. Such programs are especially important given the growing number of women who are entering the labor force. Since the transition is most stressful for the dual-career couple, the most effective work-related programs should be designed to provide these families with the widest range of options for integrating work and the family. Since many women do not work because of the unavailability of quality child care, high-quality, on-site day care would be very effective in attracting quality workers back into the labor force as soon after the birth as possible. Moreover, programs that allow parents to carry out at least part of their job at home, or programs that allow for greater flexibility in full-time or part-time hours would make it easier for *both* parents to successfully pursue a career as well as deal with the increased pressures of caring for a young child at home.

If our goal is to provide for equality of the sexes in terms of job opportunity and life satisfaction, it is important that such programs be developed so that women can be given the opportunity to pursue a career and a family as freely as their husbands. All too often, the pressures and responsibilities associated with the care of a young child results in interruptions in career plans that can put limits on career advancement or success. Programs that increase the availability of child care, social support, and domestic help, programs geared toward increasing the level of husband involvement in housework and child care, and programs that allow for such unconventional but successful alternatives as job or work sharing (Arkin & Dobrofsky, 1978; Gronseth, 1978) provide parents with greater freedom in choosing how they wish to integrate family and career. When such support is successfully made available to couples who experience the

transition to parenthood, then we can increase the likelihood that the transition will be a rewarding and valuable experience for all involved.

IMPLICATIONS FOR FUTURE RESEARCH

The model presented above suggests several important areas for future research in this area. First, in spite of the apparent importance of relational support, it is unfortunate that there have been few systematic efforts to understand the nature and variety of relational supports the woman receives during this transition period. Generally, studies that have investigated the role of relational support have used global ratings such as "husband responsiveness" or "husband emotional support." While these variables may have predictive value, they do not accurately describe the multidimensional nature of relational support, nor are they useful in providing guidelines for intervention; if one cannot describe what "emotional support" is, how can husbands be encouraged to increase its frequency? A primary reason for this lack of specification is that with a few notable exceptions (Raush et al., 1974; Pedersen et al., Note 5; Vincent, Note 6), researchers have not derived their ratings from systematic behavioral observation of marital interaction patterns; instead, they have relied primarily on interview and questionnaire methods. The Raush et al. (1974) and Vincent (Note 6) studies are excellent examples of how marital interaction can be studied longitudinally over this time period and yield provoking results. Similar studies that utilize a variety of situations and coding schemes should reveal more about this transition.

Another way in which the study of relational supports has been restricted is that very little systematic attention has been given to relationships outside the marriage during this period. Only quantitative data on the frequency of interaction are available. For example, we know that after the birth there is increased contact with relatives and decreased contact with mutual friends, but we do not know anything about the *nature* of these relationships or how the nature of old relationships change. Given the importance of relational support, these are important questions for future research.

A second issue concerns the interrelatedness of the various sources of support. While this review suggests that husbands, friends, and relatives often provide various kinds of support, little data are available on how various individuals provide certain combinations of support. We also cannot specify the conditions under which one might expect to find support and those conditions where support may be withheld. For example, what kinds of relationships with the paternal grandparents are associated with the offering of physical and ideological support? How do these relationships develop? How do support networks interact? Are friends less likely to help out if it is clear that the grandparents are playing this role? Since support almost always comes in the context of an interrelated

set of interpersonal relationships, it is important not to ignore this context and to appreciate the complexity of these interconnections.

A final and virtually unexplored issue concerns the impact of the couple's adjustment on the child's development. While some possible effects have been suggested, it is necessary to design and conduct research that addresses these issues and attempts to uncover the often complex patterns of correlation and causality. Multiple assessments of the parent–child, marital, and social network relationships are necessary to begin to unravel the complex nature of these influence patterns. Only then will it be possible to assess the impact of these variations on the development of children.

REFERENCE NOTES

1. Feiring, C., & Taylor, J. The influence of the infant and secondary parent on maternal behavior: Toward a systems view of attachment. Educational Testing Service, 1978, unpublished manuscript.
2. Fein, R. A. Men's experiences before and after the birth of a first child: Dependence, marital sharing, and anxiety. Ph.D. dissertation, Harvard University, 1974.
3. Wapner, J. H. An empirical approach to the attitudes, feelings, and behaviors of expectant fathers. Ph.D. dissertation, Northwestern University, 1975.
4. Simon, C. L. Marital pair pregnancy related problem-solving skill and the wife's adjustment to her first pregnancy. Ph.D. dissertation, The George Washington University, 1974.
5. Pedersen, F. A. Anderson, B. J., & Cain, R. L. An approach to understanding linkages between the parent–infant and spouse relationships. Paper presented at the Society for Research in Child Development, New Orleans, March 1977.
6. Vincent, J. P. Couples and their first children: Possible early signs of problems? Paper presented at the American Psychological Association meeting, Los Angeles, September 1981.
7. Gladieux, J. Pregnancy – the transition to parenthood: Satisfaction with the pregnancy experience as a function of the marital relationship and the social network. Ph.D. dissertation, University of California, Berkeley, 1975.
8. Siddiqui, H. R. Patterns of help at the time of crisis. University of Michigan, 1962, unpublished manuscript.
9. Richards, M. P. M., Dunn, J. F., & Antonis, B. Caretaking in the first year of life: The role of the father's and mother's social isolation. University of Cambridge, 1975, unpublished manuscript.
10. Vanek, J. Keeping busy: Time spent in housework, United States, 1920–1970. Ph.D. dissertation, University of Michigan, 1973.

REFERENCES

Abernathy, V. Social network and response to the maternal role. *International Journal of Sociology of the Family,* 1973, *3,* 86-82.

Adams, B.N. Structural factors affecting parental aid to married children. *Journal of Marriage and the Family,* 1964, *26,* 327-331.

Arkin, W., & Dobrofsky, L. R. Job sharing. In R. Rapoport, R. Rapoport, and S. J. Bumstead (Eds.), *Working couples.* New York: Harper & Row, 1978.

Bailyn, L. Career and family orientation of husbands and wives in relation to marital happiness. *Human Relations,* 1970, *23,* 97-113.

Benedek, T. Parenthood during the life cycle. In E. J. Anthony (Ed.), *Parenthood.* Boston: Little, Brown, 1970.

Blood, R. O. Kinship interaction and marital solidarity. *Merrill Palmer Quarterly,* 1969, *15,* 171-184.

Blood, R. O., & Blood, M. *Marriage,* New York: The Free Press, 1978.

Blood, R. O., & Wolf, D. *Husbands and wives: The dynamics of married living.* Glencoe, Illinois: The Free Press, 1960.

Booth, A. Sex and social participation. *American Sociological Review,* 1972, *37,* 183-193.

Boyd, R. R. The valued grandparent: A changing social role. In W. Donahue et al. (Eds.), *Living in a multigeneration family.* Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1969.

Bronfenbrenner, U. Developmental research, public policy, and the ecology of childhood. *Child Development,* 1974, *45,* 1-5.

Burke, R. J., & Weir, T. Relationship of wives' employment status to husband, wife, and pair performance. *Journal of Marriage and the Family,* 1976, *38,* 279-287.

Burr, W. R. Satisfaction with various aspects of marriage over the life cycle: A random middle-class sample. *Journal of Marriage and the Family,* 1970, *32,* 29-37.

Campbell, A., Converse, P., & Rodgers, W. *The quality of American life.* New York: Russell Sage Foundation, 1976.

Caplow, T., Stryker, S., & Wallace, S. E. *The urban ambience.* Totowa, New Jersey: Bedminster, 1964.

Clarke-Stewart, K. A. Popular primers for parents. *American Psychologist,* 1978, *33,* 359-369.

Clifford, E. Expressed attitudes in pregnancy of unwed women and married primigravida and multigravida. *Child Development,* 1962, *33,* 945-951.

Cochran, M. M., & Brossard, J. A. Child development and personal social networks. *Child Development,* 1979, *50,* 601-616.

Colman, A. D. Psychological state during the first pregnancy. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1969, *39,* 788-797.

Colman, A. D., & Colman, L. L. *Pregnancy: The psychological experience.* New York: Herder & Herder, 1971.

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Coie, L., & Coie, J. D. Becoming a family: The impact of a first child's birth on the couple's relationship. In W. B. Miller and L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Center, 1978.

Despres, M. A. Favorable and unfavorable attitudes toward pregnancy in primaparae. *Journal of Genetic Psychology,* 1937, *51,* 241.

Duvall, E. *In-laws: Pro and con.* New York: Association Press, 1954.

Dyer, E. Parenthood as crisis: A re-study. *Journal of Marriage and the Family,* 1963, *25,* 196-201.

Erickson, M. T. Method for frequent assessment of symptomology during pregnancy. *Psychological Reports,* 1967, *20,* 447-450.

Escalona, S. The psychological situation of mother and child upon return from the hospital. In M. Senn (Ed.), *Problems of infancy and childhood.* Transactions of the Third Conference, 1949.

Fein, R. A. Consideration of men's experiences and the birth of a first child. In W. B. Miller and L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Center, 1978.

Feldman, H. The effects of children on the family. In A. Michel (Ed.), *Family issues of employed women in Europe and America.* Leiden: E. J. Brill, 1971.

Gans, H. *The Levittowners.* New York: Pantheon, 1967.

Gavron, H. *The captive wife.* London: Routledge & Kegan Paul, 1966.

Gladieux, J. D. Pregnancy – the transition to parenthood: Satisfaction with the pregnancy as a function of sex role conceptions, marital relationship and social network. In W. B. Miller and L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Center, 1978.

Glenn, N. D., & Weaver, C. N. A multivariate, multisurvey study of marital happiness. *Journal of Marriage and the Family,* 1978, *40,* 269-282.

Gordon, R., & Gordon, K. Factors in postpartum emotional adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1967, *37,* 359-360.

Grimm, E. R. Psychological and social factors in pregnancy, delivery and outcome. In S. A. Richardson and A. F. Guttmacher (Eds.), *Childbearing – its social and psychological aspects.* Baltimore: Williams and Williams, 1967.

Gronseth, E. Work sharing: A Norwegian example. In R. Rapoport, R. Rapoport, and J. Bumstead (Eds.), *Working couples.* New York: Harper & Row, 1978.

Haller, M., & Rosenmayer, L. The pluridimensionality of work commitment. *Human Relations,* 1971, *24,* 501-518.

Harrell, J. E., & Ridley, C. A. Substitute care, maternal employment, and the quality of mother–child interaction. *Journal of Marriage and the Family,* 1975, *37,* 556-564.

Heckman, N. A., Bryson, R., & Bryson, J. B. Problems of professional couples: A content analysis. *Journal of Marriage and the Family,* 1977, *39,* 323-330.

Heinstein, M. I. Expressed attitudes and feelings of pregnant women and their relations to physical complications of pregnancy. *Merrill–Palmer Quarterly,* 1967, *13,* 217-236.

Herman, J. B., & Gyllstrom, K. K. Working men and women: Inter- and intra-role conflict. *Psychology of Women Quarterly,* 1977, *2,* 319-333.

Hill, R., Foote, N., Aldous, J., Carlson, R., & Macdonald, R. *Family development in three generations: A longitudinal study of changing family patterns of planning and achievement.* Cambridge, Massachusetts: Schenkman, 1970.

Hobbs, D. F. Parenthood as crisis: A third study. *Journal of Marriage and the Family,* 1965, *27,* 367-372.

Hobbs, D. F. Transition to parenthood: A replication and an extension. *Journal of Marriage and the Family,* 1968, *30,* 413-417.

Hobbs, D. F., & Cole, S. P. Transition to parenthood: A decade replication. *Journal of Marriage and the Family,* 1976, *3,* 723-731.

Hock, E. Working and non-working mothers with infants: Perceptions of their careers, their infant's needs, and satisfaction with mothering. *Developmental Psychology,* 1978, *14,* 37-43.

Hock, E. Working and non-working mothers and their infants: A comparative study of maternal caregiving characteristics and infant social behavior. *Merrill–Palmer Quarterly,* 1980, *26,* 79-101.

Hoffman, L. W. Effects of the first child on the woman's role. In W. B. Miller and L. F. Newman (Eds.), *The first child and family formation.* Chapel Hill: Carolina Population Council, 1978.

Hoffman, L. W., & Nye, F. I. *Working mothers: An evaluative review of the consequences for wife, husband, and child.* San Francisco: Jossey-Bass, 1974.

Holahan, C. K., & Gilbert, L. A. Conflict between major life roles: Women and men in dual career couples. *Human Relations,* 1979, *32,* 451-468.

Jessner, L., Weigert, E., & Foy, J. L. The development of parental attitudes during pregnancy. In J. E. Anthony and T. Benedek (Eds.), *Parenthood: Its psychology and psychopathology.* Boston: Little, Brown, 1970.

Keller, S. *The urban neighborhood.* New York: Random House, 1968.

Kotelchuck, M. The infant's relationship to the father: Experimental evidence. In M.E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development.* New York: Wiley, 1976.

Landis, J., & Landis, M. *Building a successful marriage* (Third edition). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1958.

Landis, J., Poffenberger, T., & Poffenberger, S. The effects of first pregnancy upon the sexual adjustment of 212 couples. *American Sociological Review,* 1950, *15,* 766-772.

Leichter, H. J., & Mitchell, W. E. *Kinship and casework.* New York: Russell Sage Foundation, 1967.

Leifer, M. Psychological changes accompanying pregnancy and motherhood. *Genetic Psychology Monographs,* 1977, *95,* 55-96.

LeMasters, E. E. Parenthood as crisis. *Marriage and Family Living,* 1957, *19,* 352-355.

Loesch, J., & Greenberg, M. Some specific areas of conflict observed during pregnancy. *American Journal of Orthopsychiatry,* 1962, *32,* 624-643.

Lopata, H. Z. *Occupation: Housewife.* New York: Oxford University Press, 1971.
Lubin, B., Sprague, H. G., & Roth, A. Mood and somatic symptoms during pregnancy. *Psychosomatic Medicine,* 1975, *37,* 136-146.
Oakley, A. *The sociology of housework.* London: Martin Robertson, 1974.
Orden, S. R., & Bradburn, N. M. Working wives and marriage happiness. *American Journal of Sociology,* 1969, *74,* 392-407.
Parke, R. D., Power, T. G., & Gottman, J. Conceptualizing and quantifying influence patterns in the family triad. In M. E. Lamb, S. J. Suomi, & G. R. Stephenson (Eds.), *The study of social interaction: Methodological Issues.* Madison: University of Wisconsin, 1979.
Parke, R. D., Hymel, S., Power, T. G., & Tinsley, B. Fathers and risk: A hospital based model of intervention. In D. Sawin and R. C. Hawkins (Eds.), *Psychosocial risks during pregnancy and early infancy,* 1980.
Pearlin, L. J. Sex roles and depression. In N. Datan & L. H. Ginsberg (Eds.), *Life span developmental psychology: Normative life crises.* New York: Academic Press, 1975.
Rapoport, R., & Rapoport, R. N. *Dual-career families.* Baltimore, Maryland: Penguin, 1971.
Raush, H., Barry, W., Hertel, R., & Swain, M. *Communication, conflict and marriage.* San Francisco: Jossey-Bass, 1974.
Reiss, P. J. The extended family system: Correlates of and attitudes on frequency of interaction. *Marriage and Family Living,* 1962, *24,* 333-339.
Rendina, I., & Dickerscheid, J. D. Father involvement with first-born infants. *Family Coordinator,* 1976, *25,* 373-379.
Renne, K. S. Correlates of dissatisfaction in marriage. *Journal of Marriage and the Family,* 1970, *32,* 54-67.
Robinson, J. P., Yerby, J., Fieiveger, M., & Somerick, N. Sex-role differences in time use. *Sex Roles,* 1977, *3,* 443-458.
Rollins, B. C., & Collins, K. L. Marital satisfaction over the family life cycle: A re-evaluation. *Journal of Marriage and the Family,* 1974, *36,* 271-282.
Rollins, B. C., & Feldman, H. Marital satisfaction over the family life cycle. *Journal of Marriage and the Family,* 1970, *32,* 20-28.
Rossi, A. S. Transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family,* 1968, *30,* 26-39.
Russell, C. S. Transition to parenthood: Problems and gratifications. *Journal of Marriage and the Family,* 1974, *36,* 294-302.
Ryder, R. G. Longitudinal data relating marriage satisfaction and having a child. *Journal of Marriage and the Family,* 1973, *35,* 604-606.
Shereshefsky, P. M., & Yarrow, L. J. *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation.* New York: Raven Press, 1973.
Shereshefsky, P. M., Plotsky, H., & Lockman, R. T. Pregnancy adaptation. In P. M. Shereshefsky and L. J. Yarrow (Eds.), *Psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation.* New York: Raven Press, 1973.
Shulman, N. Life-cycle variations in patterns of close relationships. *Journal of Marriage and the Family,* 1975, *37,* 813-821.
Silverman, A., & Silverman, A. *The case against having children.* New York: David McKay Co., 1971.
Spanier, G. B., Lewis, R. A., & Cole, C. L. Marital adjustment over the family life cycle: The issue of curvilinearity. *Journal of Marriage and the Family,* 1975, *37,* 263-275.
St. John-Parsons, D. Continuous dual-career families. *Psychology of Women Quarterly,* 1978, *3,* 30-42.
Stafford, R., Backman, E., & diBona, P. The division of labor among cohabiting and married couples. *Journal of Marriage and the Family,* 1977, *39,* 43-57.
Sussman, M. B. The help pattern in the middle-class family. *American Sociological Review,* 1953, *18,* 22-28.
Sussman, M. B. The isolated nuclear family: Fact or fiction. *Social Problems,* 1959, *6,* 333-340.
Walker, K. E. Time spent in household work by homemakers. *Family Economics Review,* 1969, *3,* 5-6.
Walker, K. E. Time spent by husbands in household work. *Family Economics Review,* 1970, *4,* 8-11.

Wente, A. S., & Crockenberg, S. B. Transition to fatherhood: Lamaze preparation, adjustment difficulty and the husband–wife relationship. *The Family Coordinator,* 1976, *25,* 351-357.

Wright, J. D. Are working women really more satisfied? Evidence from several national surveys. *Journal of Marriage and the Family,* 1978, *40,* 301-314.

Yalmon, I. D., Lunde, D. T., Moos, R. H., & Hamburg, D. A. "Postpartum blues" syndrome: A description and related variables. *Archives of General Psychiatry,* 1968, *18,* 16-27.

Yarrow, M. R., Scott, P., DeLeeuw, L., & Heinig, C. Child-rearing in families of working and non-working mothers. *Sociometry,* 1962, *25,* 122-140.

Young, M., & Willmott, P. *Family and kinship in East London.* London: Penguin, 1957.

she adds.

Investigators analyzed the fatigue scores. The higher a person's fatigue score, from a zero to 10 scale, the more intensely they're experiencing fatigue. They compared these scores with the other measurements to determine correlations.

"So if you have a high score on the anxiety scale and the fatigue scale, then that's a strong correlation," Barroso says.

Complementary maladies

The HIV patients who had the highest fatigue scores specifically scored high on depression, anxiety, and stressful life events, she says.

"In our sample there was as an extraordinarily high amount of childhood trauma and adult trauma, as well," Barroso says. "We do a very intense stress of life interview, and they fill out a questionnaire before the visit, and our research coordinator interviews them about these answers."

Of all of the variables, the main predictor of increased fatigue was a person having had a stressful life event in the previous six months, and this also led to people being depressed and anxious, Barroso explains.

Investigators even looked at the use of antidepressants and found that fatigue scores were the same whether or not their depression was treated, she adds.

"You might get some reduction in the depressive symptoms, but you don't necessarily get a reduction in the fatigue, as well," Barroso says.

Starting in January, 2010, investigators will implement a cognitive behavioral stress management intervention that is directed at stress management and teaching HIV patients better coping skills.

"We hope that since stress is the primary predictor we can reduce fatigue with this intervention," Barroso says. "These people have such trauma in their lives they need counseling and not just an antidepressant."

The fatigue research suggests that clinicians should consider psychosocial issues, especially stressful live events, as causes of fatigue once they've ruled out physiological factors, Barroso says.

"You should check for anemia and low testosterone in men, which are the two most common causes of fatigue that are physiologically based," she says. "But if you don't see anything beyond those two, then you don't need to go on a search."

Also, Barroso suggests that clinicians avoid giving patients platitudes about how their CD4 cell counts are up, their viral loads are down, and so they should feel fine or, even worse, that they should just take a nap.

Instead, clinicians should ask patients about their fatigue and to try to determine when they feel better and when the fatigue is worse, Barroso says.

"Some people will feel better in the morning, but hit a wall in the afternoon," she says. "The other thing we know from looking at our data is the most fatigued 20% stayed the most fatigued with no variability, while the middle group bumped around a little."

This means a patient with severe fatigue won't spontaneously get better, and the literature suggests fatigue likely will impact their adherence to treatment, Barroso says.

HIV clinics that have social workers and other psychosocial support should make sure severely fatigued patients receive these services, particularly when patients report having had traumatic life events, including sexual abuse, she adds.

"Some of these patients have had horrible life situations, and many did not have the parenting they needed to teach them how to cope with stress," Barroso says. ■

ADHERENCE STRATEGIES

Social support research provides clues to possible adherence strategies

Study looks at its impact

HIV clinicians often work with patients who have such an overwhelming number of barriers to optimal treatment adherence that it's difficult to know where an adherence intervention should begin.

There are issues of homelessness, substance use, mental illness, stigma, drug side effects, etc. Primary care physicians will see the chief problem as being one particular barrier, while special-

ists and case managers might think a different problem should be targeted.

Now at least one researcher who approaches treatment adherence from the perspective of a nurse believes the best possible intervention will incorporate a variety of disciplines and approaches in one package.

"I remember having a few conversations with the medical director, saying, 'What you need in a program like this is a theoretical approach that different disciplines can agree on and to approach care from this perspective,'" says **Donald Gardenier**, DNP, FNP-BC, a nurse practitioner, assistant professor, and clinical program director in the division of general internal medicine at Mount Sinai School of Medicine in New York, NY.

"That's not an unusual approach for a nurse, but the medical director being a physician was intrigued and unfamiliar with this," Gardenier recalls. "So I dove into this a little bit further and came up with a social support theory as a way to contextualize care in this setting."

Gardenier's work has led to research into an adherence intervention approach for HIV-infected patients who qualify for enhanced services based on one or more threats to optimal adherence or health outcomes in terms of their HIV disease.

"These can be multiple medical problems, decreased social support based on family systems, homelessness, incarceration, and almost all of them have at least one psychiatric diagnoses and substance use issues — either currently or in the past," Gardenier says.

The patients attend an AIDS day health care (ADHC) program to which they are referred by providers based on their need for psychiatric services.

"The services are based on the statistical or evidence-driven needs of people with HIV, including housing services and nutrition services," Gardenier says. "These are in addition to being basically a psychiatric day treatment program with onsite primary care."

Gardenier first studied the ADHC's population, comparing patients' participation and reported adherence and measured social support.[1]

"I used the Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987), which was uniquely suited to this population," Gardenier says. "So it seemed to me in looking at it as a nurse that different disciplines could look at different aspects of social support and design different interventions around them."

It's not as useful to ask clients if they have social support because clients might list having a spouse, although their mate is not socially supportive or they might not think to mention the social support they receive from peers in the day program, he explains.

"Some studies say it doesn't matter where you get social support so long as you're getting it," Gardenier adds.

In the Social Provisions Scale, social support is measured with 24 items, divided between six subscales, including these: reliable alliance, attachment, guidance, nurturance, social integration, and reassurance of worth.

Reliable alliance and guidance are the types of support an HIV patient might receive from the medical professionals who help him or her, Gardenier says.

The more emotional support provisions involve attachment, nurturance, social integration, and reassurance of worth, he adds.

"Attachment is the closeness and intimacy that fosters a sense of security," Gardenier says. "Social integration is a sense of belonging to a group with similar interests and concerns."

HIV patients who experience reassurance of worth are given recognition of their abilities and competence, and nurturance is the feeling that one is needed by others, he adds.

When Gardenier measured social support among the ADHC population, he found that the highest social support scores were among the instrumental provisions of reliable alliance and guidance.

"This was not a surprise because people are in this intensive program, receiving guidance," he says. "And among the emotional provisions, the highest scores were in social integration, which is belonging in a group and also was not a surprise."

The HIV clients reported the lowest social support in the area of nurturance, suggesting they did not feel needed, he says.

"If you think about how someone experiences life during and after substance use, I think it's fairly common in the pathology of substance use to find that people who otherwise rely on you learn not to," Gardenier says. "So even when you go through a recovery period, you lack this social support."

HIV patients struggle with the feelings that they're unneeded, but this also is a social support that a comprehensive HIV/AIDS program can foster, he notes.

"We had one man in the program that really had his life together, and he came to the day program every day for years, participating in all the groups," Gardenier recalls. "He had a key spot in social integration in the place, and you had to ask what he was doing there because he had his life together."

The answer was that the man showed up each day because he felt needed, and so his attendance fostered the experience of nurturance, he adds.

"Once I saw the limitations of what I could do in correlating social support and adherence in using this instrument, there was more than enough material to use and apply toward the design of an intervention," Gardenier says.

There's considerable potential for such an adherence intervention, he notes.

"I can see how a case manager would look at this and see how to teach services to clients, who could then provide services for each other," Gardenier explains. "For example, a peer could lead an HIV group, and then you'd re-measure adherence and see how that has changed with the peer."

Reference

1. Gardenier D, Andrews CM, Thomas DC, et al. Social support and adherence: differences among clients in an AIDS Day Health Care program. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009; E-publication. ■

Detecting highly transmissible acute HIV

CDC: NY success may lead to national effort

Screening STD clinic patients — especially men who have sex with men (MSM) — for signs of an acute, highly transmissable stage of HIV infection could heighten detection and prevention efforts, the Centers for Disease Control and Prevention. "Surveillance for acute human immunodeficiency virus (AHI) is feasible and can identify circumstances in which HIV prevention efforts should be intensified," the CDC emphasized in a recently published report.1 CDC is considering a national AHI case definition for use in national HIV surveillance to identify areas or populations in which HIV infection is spreading, and for assessing new methods for AHI screening.

(AHI) is a highly infectious phase of disease that lasts approximately two months and is characterized by nonspecific clinical symptoms. AHI contributes disproportionately to HIV transmission because it is associated with a high level of viremia, despite negative or indeterminate antibody (Ab) tests. Diagnosis of AHI with individual or pooled nucleic acid amplification tests (p-NAAT) can enable infected persons to adopt behaviors that reduce HIV transmission, facilitate partner referral for counseling and testing, and identify social networks of persons with elevated rates of HIV transmission. Unfortunately, the national HIV surveillance case definition does not distinguish AHI from other stages of HIV infection, and the frequency of AHI among reported HIV cases is unknown.

In 2008, to increase detection of AHI and demonstrate the feasibility of AHI surveillance, the New York City Department of Health and Mental Hygiene (NYC DOHMH) initiated p-NAAT screening at four sexually transmitted disease (STD) clinics and enhanced citywide HIV surveillance (using a standard case definition) to differentiate AHI among newly reported cases. Seventy cases of AHI (representing 1.9% of all 3,635 HIV diagnoses reported in New York City) were identified: 53 cases from enhanced surveillance and 17 cases from p-NAAT screening (representing 9% of 198 HIV diagnoses at the four clinics). Men who have sex with men (MSM) constituted 81% of AHI cases.

"The findings in this report confirm that p-NAAT can increase AHI diagnoses among high-risk STD clinic patients, and indicate that AHI diagnoses can be made apart from p-NAAT screening programs," the CDC concluded.

The 70 AHI cases identified by NYC DOHMH represent a fraction of the 4,762 new infections previously estimated to occur annually in New York City, highlighting the need to improve awareness and detection of AHI. Notably, 81% of AHI cases identified in New York City were among MSM, reflecting the high HIV incidence in MSM and demonstrating the risk for missed diagnoses when HIV-Ab testing alone is used in a high-risk, high-incidence population. Without p-NAAT screening, 9% of the HIV infections documented by the four STD clinics during the screening period would have been missed. However, because HIV RNA is not detectable for approximately 10 days after infection), even NAAT will not identify all infected persons. The

Copyright of AIDS Alert is the property of AHC Media LLC and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL: REVISÃO DA LITERATURA

Vera B. Rodrigues
Psicóloga Clínica
verarodrigues@ufp.edu.pt

Milton Madeira
Professor Associado
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – UFP
madeira@ufp.edu.pt

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO: RODRIGUES, Vera B. ; MADEIRA, Milton - Suporte social e saúde mental: revisão da literatura. **Revista da Faculdade de Ciências da Saúde**. Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. 6 (2009) 390-399.

RESUMO

O suporte social é hoje considerado como uma variável capaz de proteger e promover a saúde (Siqueira, 2008). Sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde (Paixão & Oliveira, 1996), torna-se cada vez mais pertinente o seu estudo, em especial com a população de doentes psiquiátricos, visto que em Portugal existe uma carência de respostas sociais adequadas para as pessoas com doença psiquiátrica grave (Guterres & Frasquilho, 2004).

PALAVRAS-CHAVE

suporte social, saúde mental, doença psiquiátrica

ABSTRACT

The social support today is considered as one variable capable of protecting and promoting the health (Siqueira, 2008). Being one of the main objects of study of the Psychology of the Health (Paixão & Oliveira, 1996), it becomes more pertinent its study, in special with the population of psychiatric sick people, even though in Portugal there is a lack of social answers adjusted for the people with serious psychiatric illness (Guterres & Frasquilho, 2004).

KEYWORDS

social support, mental health, psychiatric deasease

1. SUPORTE SOCIAL E SAÚDE

> O papel desempenhado pelo que se consignou o suporte social na doença física e na sua recuperação tem sido, mais recentemente, objecto de estudo de múltiplas investigações. O possível efeito mediador constituído pelo suporte social pode tanto ser meramente preventivo como um componente importante a integrar no processo reabilitacional (Oliveira, 2000, p. 445).

Desde os finais dos anos 60 (século XX) tem-se observado um crescente reconhecimento da influência dos sistemas sociais no comportamento humano, quer na saúde como na doença (Barrón, 1996).

Desde sempre houve um interesse por parte de filósofos e cientistas em procurar entender o comportamento e as emoções na busca de factores que justificassem o funcionamento fisiológico e patológico das pessoas, fossem estes ligados a factores internos (biológicos) ou externos (ambientais e psicossociais) (Kapiczinsk, Quevedo & Izquierdo, 2000).

Dentro dos factores externos encontra-se o suporte social. Este, de uma forma geral, pode ser avaliado pela integração social de um indivíduo no seu meio, além da rede de serviços e pessoas que lhe estão acessíveis – serviços de saúde, percepção que o indivíduo tem das pessoas e serviços na comunidade (Baptista, Baptista & Torres, 2006).

O tema do suporte social tem suscitado um grande interesse, principalmente na área das Ciências Humanas e Sociais, sendo um dos principais objectos de estudo da Psicologia da Saúde (Paixão & Oliveira, 1996).

Dunbar, Ford e Hunt (1998) e Symister e Friend (2003) salientam que o suporte social é um conceito chave em Psicologia da Saúde. Este tem aplicações práticas em pacientes que precisam de se ajustar a uma doença crónica.

"O suporte social é apontado por estudiosos de diversas áreas do conhecimento como um factor capaz de proteger e promover a saúde" (Siqueira, 2008, p. 381).

Cassel (1974) ressalta a importância do contacto social no equilíbrio das doenças. Segundo este autor a adaptação ao meio social e ao ambiente é um factor que pode diminuir a susceptibilidade às doenças.

O apoio social também exerce uma função mediadora, contribuindo para a manutenção da saúde, e permite que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer como resultado de determinados eventos da vida (por exemplo: a perda do emprego, o falecimento de uma pessoa querida, entre outros) (Valla, 1998, cit. in Pietrukowicz, 2001).

De acordo com Cassel (1974), as pessoas que não têm posições sociais privilegiadas (pessoas com problemas sociais e desordem familiar), são mais susceptíveis a terem problemas de saúde relacionados ao stresse. A sensação de não conseguir controlar a própria vida e a de isolamento social, podem estar directamente relacionados com o processo saúde-doença. Porém, a proposta do apoio social mostra que as consequências desses factores não são necessariamente aplicadas a todas as pessoas afectadas da mesma maneira.

Symister e Friend (2003) e Vaux (1988) ressaltam que pessoas com elevado suporte social apresentam um melhor ajuste físico e mental.

Num estudo de Berkman e Syme em 1979 (Dessen & Braz, 2000; Ribeiro, 1999) verificam-se evidências da relação entre apoio social e o estado de saúde do indivíduo. Os autores elaboraram um estudo prospectivo em que mediram o apoio social de 4700 homens e mulheres, entre 30 e 69 anos de idade, seguidos ao longo de 9 anos, concluindo que um maior grau de apoio social predizia um decréscimo na taxa de mortalidade. As pesquisas efectuadas ao longo dos anos referem que as pessoas socialmente isoladas apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de mortalidade muito superior às pessoas com muitos contactos sociais. Na realidade, o isolamento social aparece como um risco de vida tão elevado quanto o tabagismo, a obesidade, a inactividade física e altos níveis de colesterol (Hockenbury & Hockenbury, 2003).

De acordo com Ribeiro (1999), verifica-se uma forte correlação entre o apoio social e a saúde, sendo que o apoio social tem efeitos mediadores na protecção da saúde, desempenhando um papel protector ao longo de todo o ciclo vital.

De uma forma geral, todos os estudos sobre suporte social e saúde mostram uma forte correlação entre ambos os constructos (Ribeiro, 1999).

O suporte social pode proteger as pessoas de crises provenientes de um extenso campo de estados patológicos, nomeadamente, a tendência suicida, o alcoolismo e a sociofobia (Cobb, 1976).

Wethingston e Kessler (1986), verificaram, nos seus estudos, que os resultados de saúde são melhor explicados pela existência de suporte social percebido que pela existência de suporte social tangível/instrumental.

O suporte social é um importante recurso para quem sofre de doença crónica, podendo reduzir a angústia que acompanha os indivíduos, promovendo uma maior adesão ao tratamento médico (Pedroso & Sbardelloto, 2008), tornar a recuperação mais rápida e reduzir a quantidade de medicação (Cobb, 1976).

Por outro lado, Cohen (1988, cit. in Martins, 2005) verificou que o apoio social, para além de poder gerar respostas que influenciam positivamente a doença, pode produzir padrões de comportamento que afectam o risco de doença através da resposta biológica.

Schwarzer e Leppin (1991), numa meta-análise sobre 55 estudos (publicados entre 1976 e 1987) com uma amostra total de 32739 sujeitos e 83 correlações baseadas em amostras independentes, acerca da relação entre suporte social e saúde, confirmaram que a saúde deficitária era mais pronunciada entre os que tinham escassez de suporte social e que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

Num estudo efectuado por Miller (1986, cit. in Oliveira, 2000) com 100 doentes em período de internamento hospitalar, constatou-se que aqueles indivíduos com melhor suporte social fornecido pelos elementos da família se adaptam melhor e mais rapidamente à incapacidade do que os outros com níveis de suporte mais baixos. Os sujeitos que tinham níveis

mais altos de suporte social, que estavam satisfeitos com os seus contactos sociais e que simultaneamente possuíam um *locus* de controlo interno, demonstravam também níveis mais elevados de bem-estar.

Barrios (1999b, cit. in Pietrukowicz, 2001) salienta duas formas de actuação ou dois tipos de efeitos do apoio social na saúde e no bem-estar do indivíduo. Os primeiros designam-se por efeitos directos, nos quais o apoio social tem um efeito evidente sobre o bem-estar, independentemente do nível de stresse (quanto maior o nível do apoio social, menor o mal-estar psicológico e, quanto menor o grau de apoio social, maior a incidência de transtornos, independentes dos acontecimentos de vida *stressores*). Esta hipótese sugere que o apoio social e a saúde estão linearmente relacionados. Os segundos efeitos designam-se de efeitos indirectos, nos quais o apoio social funciona como um moderador de outras forças que influenciam o bem-estar. Este princípio afirma que, quando as pessoas estão expostas a *stressores* sociais, estes tenderão a exercer efeitos negativos, principalmente nas pessoas cujo nível de apoio social é baixo.

As pesquisas efectuadas por Spiegel (1995, 1997, cit. in Pietrukowicz, 2001), acerca da relação entre suporte social e bem-estar físico, têm demonstrado que a probabilidade de morte entre indivíduos com menos ligações sociais é o dobro da probabilidade de morte entre os indivíduos com laços mais fortes, mesmo quando se tem em conta hábitos como o tabagismo, consumo de álcool, actividades físicas, obesidade e uso de programas de prevenção.

Numa outra pesquisa, a mais importante de Spiegel (1997, cit. in Pietrukowicz, 2001), verificou-se uma forte correlação entre apoio social e aumento da esperança média de vida de pacientes com cancro da mama. Nesta pesquisa, realizada com mulheres com cancro da mama em estado avançado, apenas parte delas recebia, para além do tratamento médico, apoio de um grupo terapêutico. Com o passar do tempo verificou-se que as mulheres que frequentavam o grupo de apoio social, mostravam-se incentivadas, planeavam estratégias para superar os problemas do dia-a-dia, e juntas enfrentavam a morte de outras. Após alguns anos observou-se que as mulheres que frequentavam os grupos de apoio viram a sua vida aumentada, em média, 18 meses a mais do que as que não frequentaram o grupo. O autor conclui que o suporte social não implica a cura da doença, mas sim o aumento da esperança de vida no caso das doenças crónicas e, em doenças ligadas às emoções (como é o caso do cancro da mama). Assim o suporte social favorece um aumento na capacidade de se contornarem as situações de stresse, proporcionando melhor saúde emocional e física.

Este estudo não quis mostrar que o apoio social seja a solução para os problemas de saúde, mas que, em parte, ele pode ajudar no tratamento, proporcionando aos doentes a possibilidade de viver mais e melhor (Pietrukowicz, 2001).

O apoio social proporciona assim mais saúde. Estando sozinhas, quando se sentem doentes, as pessoas tendem a preocupar-se mais com a doença. A partir do momento em que o apoio social começa a funcionar, as pessoas mudam de comportamento, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações difíceis e dolorosas, a sua auto-estima é evidenciada e descobrem o potencial que têm, aumentando assim a possibilidade de uma vida melhor. Os riscos de adoecer por problemas ligados a factores psicológicos tendem a ser reduzidos (Pietrukowicz, 2001).

Verifica-se que existe um conjunto de teorias que sustentam a ideia de que o apoio social traz consequências físicas positivas, influenciando o comportamento das pessoas, ou seja, o apoio social ajuda as pessoas a evitarem maus hábitos que podem comprometer os sistemas imunológico, nervoso e cardiovascular, dificultando o domínio do sofrimento físico pelo organismo (Spiegel, 1997, cit. in Pietrukowicz, 2001).

Mesmo havendo ideias contraditórias acerca dos benefícios (melhoria da saúde) ou malefícios (excessiva dependência pode ter efeitos negativos) do suporte social na saúde dos indivíduos, a "ideia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde tem sido predominante" (Ramos, 2002, p. 156).

2. SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL

> A intervenção no Suporte Social torna-se relevante quando verificamos a existência de doentes mentais que conseguem ultrapassar situações de crise sem recorrer ao internamento, através do suporte proporcionado por um amigo, um familiar ou por um técnico de acompanhamento, existindo também situações em que os indivíduos entram em crise quando as suas ligações sociais se alteram ou desaparecem (Ornelas, 1996, p. 265).

Nos últimos anos, tem-se verificado em Portugal uma carência de respostas adequadas para pessoas com doença psiquiátrica grave. Esta necessidade deve-se a alterações que têm ocorrido na estrutura sócio-familiar e habitacional e consequente escassez de soluções apropriadas, clínicas e sociais, para as pessoas com doença mental grave e de evolução prolongada (Guterres & Frasquilho, 2004).

Ruzzi-Pereira (2007) salienta que a literatura dos últimos anos tem demonstrado que a pobreza e a falta de suporte social ocorrem frequentemente associadas à doença mental.

O suporte social, mais precisamente o suporte familiar, é, de acordo com Dessen e Braz (2000), muito importante para a manutenção da saúde mental. "O suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental" (Ramos, 2002, p. 160).

A ideia anterior vai ao encontro da pesquisa efectuada por Baptista (2005), na qual se verifica que o suporte social, mais especificamente o suporte familiar, é considerado como amortecedor das consequências de diferentes acontecimentos traumáticos na vida dos indivíduos.

Arrossi (1994, cit. in Pietrukowicz, 2001) nas suas investigações encontrou uma evidente associação entre o apoio social e o desenvolvimento de problemas depressivos.

Numa revisão da literatura efectuada por Baptista et al. (2006) encontram-se estudos que revelam que o suporte social é um factor de redução de diversos transtornos psiquiátricos/psicológicos, tais como a depressão, a ansiedade e a esquizofrenia podendo estar associado ao desenvolvimento e tratamento desses problemas.

Quanto menor for o apoio social, maior será a incidência de transtornos (Barrón, 1996). Este, quando ausente, revela-se um factor de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (Cid, 2008).

Há evidências que comprovam que indivíduos separados e viúvos, que vivem sozinhos ou só com os filhos, são os que apresentam maiores níveis de depressão. Esta população é, concomitantemente, aquela que apresenta apreciações de suporte social menos positivas e índices mais baixos de funcionalidade (Requeijo, Vieira, Guerra & Santos, 2005). Isto poderá ir ao encontro da pesquisa efectuada por Ramos (2002) onde se verifica que as pessoas casadas apresentam melhor saúde que as pessoas com outros estados civis.

"O estatuto marital é consensualmente aceite como um índice quase absoluto na dimensão do suporte social" (Coelho & Ribeiro, 2000, p. 86).

Segundo os autores supra citados, a função de suporte social, exigida tanto à família como aos profissionais cuidadores (e aqui incluem-se não apenas psicólogos, mas também os cuidadores físicos mais próximos) permite a minimização da incapacidade e do sofrimento psicológico do doente.

Estudos mostram que existe uma relação entre o suporte social e uma protecção para indivíduos com risco de ulteriores perturbações mentais (Ornelas, 1996).

Ornelas (1996) numa revisão da literatura verificou que a presença de um confidente pode desempenhar um papel protector em mulheres deprimidas. Verificou ainda que a família e a igreja protegem, significativamente, as mulheres de situações de depressão.

O suporte social é um factor de redução do impacto de acontecimentos que causam stresse, bem como de transtornos psiquiátricos/psicológicos, como é o caso da esquizofrenia, depressão e ansiedade (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997; Lima, 1999; Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, 1996). As pessoas que sofrem destas doenças têm, de uma forma geral, redes sociais de apoio mais pequenas e menos recíprocas, havendo uma menor troca de recursos com os que, supostamente, teriam as principais funções de suporte social (Barrón, 1996).

O suporte social e familiar adequados possuem influência positiva nos resultados do tratamento psicoterapêutico, diminuindo assim a incidência de transtornos mentais (Baptista, 2005).

Langford et al. (1997) salientam mesmo que, quanto mais elevado for o nível de suporte familiar, mais baixa será a prevalência de transtornos ansiosos e de humor.

Estudos epidemiológicos mostram que factores como falta de esposo(a), o isolamento social e a falta de uma pessoa confidente associam-se a maior ocorrência de depressão, sendo que as mulheres apresentam duas vezes mais depressão do que os homens, especificamente devido à ausência de suporte social (Lima, 1999). Assim, a existência de suporte social e a ausência de conflitos graves, diminui o risco para a depressão (Andrade, Viana & Silveira, 2006; Lima, 1999).

Estudos mostram que homens com percepção de baixo suporte social tendem a ser menos sociáveis e apresentam sintomatologia depressiva (Undén & Orth-Gomér, 1989). Daí que o suporte social, e sobretudo o suporte familiar, sejam muito importantes no sentido de evitar o desenvolvimento desta sintomatologia (Baptista, et al., 2006).

Verifica-se que o suporte social fornecido pelas redes de apoio reduz o isolamento e aumenta a satisfação de viver. Este suporte funciona como um amortecedor de stresse e tem

a capacidade de proteger os indivíduos de estados patológicos, prevenindo assim a doença mental (Cassel, 1976; Cobb, 1976).

Num estudo efectuado por Cid (2008) com mães com diversos transtornos mentais, observou-se que a família mais próxima (nomeadamente o marido) era tida como a maior fonte de suporte social. No entanto, também se verificou que mães com transtornos de humor também descreviam os técnicos de saúde mental como fonte de suporte social.

De acordo com Rabelo e Neri (2005), as mulheres utilizam mais as instituições de saúde/sociais. As mulheres têm redes institucionais de suporte maiores e mais multifacetadas, sendo capazes de dar mais suporte que os homens.

Numa revisão da literatura, Ornelas (1996) constata que os doentes mentais esquizofrénicos apresentam uma rede social menor do que as pessoas sem historial de doença mental. Essas redes sociais são caracterizadas por ambivalência emocional, assimetrias (contrariamente aos doentes internados por doença física, em que a troca de suporte é mais simétrica) e sem trocas recíprocas, apresentando um sistema fechado de relações em colisão que simultaneamente afastam e mantêm o indivíduo num sistema socialmente fechado.

Verificou-se ainda que as redes dos doentes mentais esquizofrénicos tendem a ser dominadas por familiares, sendo estes, por vezes, hostis e apresentando um maior índice de intra-relações, o que é frequente em redes onde apenas predominam membros da família (Ornelas, 1996).

Assim, Ornelas (1996) ressalta que os doentes mentais esquizofrénicos, não só apresentam um menor número de recursos, como também utilizam os recursos disponíveis menos vezes.

> Estes estudos demonstraram, no seu conjunto, que a investigação das relações entre o Suporte Social e o percurso da doença nos indivíduos doentes mentais de longa duração é uma área promissora e exige o desenvolvimento de métodos para a definição das variáveis mais relevantes para a medição e intervenção no Suporte Social desta população (Ornelas, 1996, p. 265).

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, L.H.S.G., VIANA, M.C., & SILVEIRA, C.M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica, 33*(2), 43-54.

BAPTISTA, M.N. (2005). Desenvolvimento do inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): Estudos psicométricos preliminares. *PSICO-USF, 10*(1), 11-19.

BAPTISTA, M.N., BAPTISTA, A.S.D., & TORRES, E.C.R. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7*(1), 39-48.

BARRÓN, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.

CASSEL, E.J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in desease etiology. *American Journal of Medicine, 11*, 1040 -1043.

CASSEL, E.J. (1976). The contribution of the social environment to host resistence. *American Journal of Epidemiology, 104*, 107-123.

CID, M.F.B. (2008). *Fatores de risco e proteção: Saúde mental de mães e filhos, suporte social e estilo parental.* Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal de São Carlos, Brasil.

COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-314.

COELHO, M., & RIBEIRO, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças, 1*(1), 79-87.

DESSEN, M.A., & BRAZ, M.P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 16*(3), 221-231.

DUNBAR, M., FORD, G., & HUNT, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health, 13*, 527-544.

GUTERRES, M.C., & FRASQUILHO, M.A. (2004). Prevenção terciária em saúde mental: Novas respostas em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22*(2), 69-77.

HOCKENBURY, D.H., & HOCKENBURY, S.E. (2003). *Descobrindo a Psicologia*. São Paulo: Edições Manole.

KAPICZINSK, F., QUEVEDO, J., & IZQUIERDO, I. (2000). Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22*(3), 149-152.

LANGFORD, C.P.H., BOWSHER, J., MALONEY, J.P., & LILLIS, P.P. (1997). Social support: A conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 95-100.

LIMA, M.S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*, 1-5.

LOVISI, G.M., MILANIL, I., CAETANO, G., ABELHA, L., & MORGADO, A.F. (1996). Suporte social e distúrbios psiquiátricos: Em que base se alicerça a associação? *Informação Psiquiátrica, 15*(2), 65-68.

MARTINS, C.S.C. (2005). *Impacto do suporte social e dos estilos de coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus*. Retirado de www.psicologia.com.pt a 23 de Março de 2008.

OLIVEIRA, R.A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise Psicológica, 4*(18), 437-453.

ORNELAS, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica, 2-3*(14), 263-268.

PAIXÃO, R., & OLIVEIRA, R.A. (1996). Escala instrumental e expressiva do suporte social. *Psychológica, 16*, 83-89.

PEDROSO, R.S., & SBARDELLOTO, G. (2008). Qualidade de vida e suporte social em pacientes renais crónicos: Revisão teórica. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde, 7*, 32-35.

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. (2001). *Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública: Rio de Janeiro.

RABELO, D.F., & NERI, A.L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo, 10*(3), 403-412.

RAMOS, M.P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias, 7*(4), 156-175.

REQUEIJO, M., VIEIRA, F., GUERRA, M.P., & SANTOS, J. (2005). *Influência do suporte social na depressão e na auto-estima do paciente com dor crónica*. Retirado de www.forpsi.com.pt/artigo_mario_forpsi.doc a 2 de Novembro de 2007.

RIBEIRO, J.L.P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica, 3*(17), 547-558.

RUZZI-PEREIRA, A. (2007). *Doença mental materna: Ações de parenting e suporte social*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: São Paulo.

SCHWARZER, R., & LEPPIN, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships, 8*, 99-127.

SIQUEIRA, M.M.M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo, 13*(2), 381-388.
SYMISTER, P., & FRIEND, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology, 22*(2), 123-129.
UNDÉN, A.L., & ORTH-GOMÉR, K. (1989). Development of a social support instrument for use in population surveys. *Social Science & Medicine, 29*(12), 1387-1392.
VAUX A. (1988). *Social Support: Theory, research and intervention.* New York: Praeger.
WETHINGSTON, E., & KESSLER, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life evets. *Journal of Health and Social behavior, 27*(1), 78- 89.

Investigación

Research







Niños atendidos en oncología. Tomado de http://laverdadnica.com/nacionales/reflexiones.html



Tocar los corazones en busca de apoyo: el caso de las familias de los niños con cáncer[a]

Jasmín V Cacante C[b]*; María Mercedes Arias Valencia*[c]

RESUMEN

El cáncer es un problema de salud pública que afecta la población infantil y va en aumento en la mayoría de los países. En nuestro medio existen pocos estudios que se pregunten por el apoyo que reciben los padres. Indagar por las necesidades de apoyo de este grupo que comparte la experiencia del sufrimiento cobra importancia en tanto podrá favorecer la intervención y los cuidados profesionales. **Objetivo**: describir el proceso de apoyo que viven las familias de los niños con cáncer durante la enfermedad oncológica. **Metodología**: con el enfoque de la teoría fundada se realizan 18 entrevistas a madres de pacientes en diferentes momentos de la enfermedad, durante los años 2005 y 2006. **Resultados**: las familias asumen gran parte de la carga del cuidado, especialmente las madres, que activan las redes de apoyo, tocan todas las puertas y buscan ayuda hasta encontrarla. **Conclusiones**: las necesidades y formas de apoyo varían según los momentos de la enfermedad. Se indaga sobre las redes de apoyo formal e informal pero, contrario a lo que esperaba, emerge con fuerza que dichas redes no brindan el amparo esperado y, como respuesta a esta situación, se encontró un sistema de solidaridad. Las madres constituyen el soporte más significativo para los niños durante el proceso del padecimiento oncológico. **Recomendaciones**: establecer formalmente el apoyo como parte de la atención y del cuidado de las familias de los niños con cáncer. Integrar el apoyo informacional, valorativo y emocional podrá contribuir a disminuir la incertidumbre, aumentar la autoestima, acompañar y dar ánimo durante la enfermedad.

Palabras clave: *cáncer, familia, apoyo social, investigación cualitativa, Colombia*

Cómo citar este artículo:

Cacante JV, Arias Valencia MM. Tocar los corazones en busca de apoyo: el caso de las familias de los niños con cáncer. Invest Educ Enferm. 2009;27(2):170-180.

a Este artículo es una síntesis del trabajo de investigación "Apoyo a las familias de los niños con cáncer" elaborado por Jasmín V. Cacante y asesorado por Maria Mercedes Arias, fue realizado entre octubre de 2005 y noviembre de 2006, en Medellín, Colombia, como uno de los requisitos para optar al título de Magíster en Enfermería (sin apoyo financiero).

b Especialista en Cuidado Al niño en estado crítico de salud. Candidata a Magister en Enfermería. Profesora Universidad de Antioquia. Correo electrónico: jasmincacante@tone.udea.edu.co

c Doctora em Salud Pública, Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ. Sistema Universitario de Investigación de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: mariamav@tone.udea.edu.co

Recibido: Diciembre 5 de 2008. Envío para correciones: Mayo 18 de 2009. Aceptado: Julio 28 de 2009



Asking for support: the case of families with children suffering cancer

Jasmín V. Cacante C; María Mercedes Arias Valencia

ABSTRACT

In the majority of countries cancer is an increasing public health problem affecting infant population. In our milieu few studies are available about the support that parents receive. To establish the degree of support required by those who share the experience of suffering is important to favor better intervention and professional care. **Objective**: to describe the process of support that families of children with cancer experience during their oncology illness. **Methodology: a s**tudy with grounded theory approach carried out by 18 interviews to mothers in different moments of the child illness, during 2005 and 2006. **Results**: families assume the larger part of the care burden, especially the mothers activating support networks, arousing sympathy and looking for help until they find it. **Conclusions**: the needs and forms of support change according to the phase of the illness. Observing the formal and informal support networks we find them insufficient and accordingly a solidarity network should emerge. In any case mothers are the principal support of the suffering children. **Recommendations**: to establish social support to share in the assistance and family care of children with cancer. Integrate informational, evaluative and emotional support would diminish uncertainty and increase self-esteem, provide company and encouragement during the illness.

Key words: *neoplasm, family, social support, qualitative research, Colombia.*

INTRODUCCIÓN

Por su mortalidad y por su alta incidencia, el cáncer es un problema de salud pública. De acuerdo con las estadísticas vitales (1) el cáncer en los niños es aquel que ocurre antes de los quince años; aproximadamente 10% de las muertes de menores de 15 años en el mundo ocurre por esta causa. En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), informó que el cáncer en niños fue, en 1999, la primera causa de muerte por enfermedad entre los 5 y los 14 años, con 404 decesos, que equivalen al 12.3%, y la segunda en mortalidad global en niños.

En cuanto a su magnitud, el cáncer en los menores de 15 años tiene una incidencia de 2% a nivel mundial, de acuerdo con los informes de la International Agency for Research on Cancer (IARC) y, según la misma fuente, para el actual milenio el número de casos en el mundo excederá los 250.000 por año (1). Según el registro poblacional de Cali (Colombia), la incidencia de cáncer en menores de 15 años entre los años 1977 y 1981 ya era de 137, y de 97 por un millón de habitantes en ambos sexos respectivamente (2).

En lo tocante a las representaciones sociales del cáncer que influyen en las concepciones de las madres y las familias, estas incluyen la enfermedad como castigo y como purgatorio o penitencia, enfermedad mortal, enfermedad que come por dentro, enfermedad grave, una catástrofe (3). Las políticas públicas lo consideran una enfermedad catastrófica, y por tanto las Empresas Promotoras de Salud[d] tienen el

d Las Empresas Promotoras de Salud –EPS– pueden ser contributivas o subsidiadas, de acuerdo con el régimen correspondiente en la ley 100 de 1993 y, entre otras funciones, son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las denominadas Instituciones Prestadoras de Salud (hospitales, clínicas, laboratorios, etc).

deber de velar para que se cumpla el tratamiento y se provea la atención a los niños y las familias (4).

Este artículo trata sobre las relaciones de apoyo que requieren y consiguen las familias durante la enfermedad oncológica y sus resultados. Da cuenta de dos procesos relacionados, la enfermedad y el apoyo. El propósito es contribuir a la comprensión del proceso, cómo se entretejen y construyen los lazos de ayuda entre los familiares, y especialmente cómo las madres los crean y los mantienen para hacer frente a la adversidad, no solo de la enfermedad en sí, sino también para encontrar el camino entre los oscuros laberintos del sistema de atención en sus componentes administrativos, de diagnóstico, tratamiento y atención de la enfermedad.

En Latinoamérica se han llevado a cabo varios estudios sobre apoyo social y sobre las perspectivas que se privilegian. En Chile, Arechavala, Miranda (6) y Arechavala, Palma y Catón (7) analizaron el apoyo social en adultos mayores que sufrían enfermedades crónicas, con la finalidad de construir instrumentos para medirlo. Respecto de las necesidades y vivencias de los cuidadores familiares, Hinds (8) exploró el sufrimiento de los parientes encargados de cuidar a pacientes con cáncer, y encontró ruptura comunicativa, falta de apoyo y sensación de impotencia, aspectos identificados como generadores de sufrimiento.

En Cali (Colombia) se llevaron a cabo dos investigaciones, Castillo (5) explica con profundidad las fases por las que pasan los padres de niños con diagnóstico de leucemia; así mismo Piñeros (9) expone las "características del soporte social recibido por madres primíparas que lactan y las que no lactan exclusivamente a su hijo", y Camacho (10), "la caracterización del soporte social en gestantes adolescentes asistentes a las I.P.S Popular y Recreo, entre julio y septiembre del 2000.

En las bases de datos se encuentran investigaciones que tratan, con distintos niveles de aproximación y profundidad, el apoyo social de tipo formal para las familias y los pacientes que sufren cáncer (11), la relación entre el soporte social y las prácticas de cuidado (12), y los efectos del soporte social como moderador del estrés en los cuidadores (13).

En la literatura nacional e internacional revisada, sólo una investigación (12) habla de un modelo teórico, el de Newman, que fundamenta las intervenciones de enfermería con las familias de los pacientes con cáncer. En nuestro país existe un gran vacío teórico y técnico respecto al conocimiento y la práctica del apoyo social formal e informal, que es importante resolver para mejorar el cuidado (14).

OBJETIVO

Describir el proceso de apoyo que viven las familias de los niños con cáncer durante la enfermedad oncológica.

REFERENTES TEÓRICOS

El concepto de apoyo social tiene su origen en la sociología y la psicología, y permite la aproximación en la práctica profesional, integrado al cuerpo teórico y práctico de la enfermería. Heierle (14), Stewart (15), Kahn (16), y Fintgeld (17) fundamentan el apoyo como un proceso de interrelaciones interpersonales, que se da en un contexto y que se manifiesta en formas que van desde lo simbólico hasta lo material.

La teoría de los "intercambios sociales" descrita por Blau, Emerson, Levi Strauss, Thibaut y Kelley (14) sustenta el concepto de apoyo social como parte del acervo de las ciencias sociales, y explica las relaciones sociales. Por su parte, la teoría de "la equidad", propuesta por Walster, Berscherd y Walster (18), pretende comprender el comportamiento social y plantea que las personas tienden a maximizar las consecuencias positivas.

De otro lado, las teorías de la incertidumbre frente a la enfermedad hacen parte de la construcción disciplinar de la enfermería, a saber, la teoría de mediano rango que propuso Mishel como de la "incertidumbre en la enfermedad", y basa el apoyo en el papel de los profesionales para hacer comprensibles los procesos de enfermedad a los pacientes y a sus familias. En este sentido considera el apoyo social como: "la oportunidad de clarificar la situación a través de la discusión e interacciones de apoyo con otros, los profesionales de enfermería clarifican las contingencias y ayudan al paciente (familia) a formarse un esquema cognitivo" (19) acerca de su enfermedad, dolencia o padecimiento.

Según estas teorías, el proceso de apoyo se vive en las relaciones interpersonales y es multidimensional. Sin embargo, aunque traiga beneficios, también tiene costos, lo cual denominan Tilden y Gaylen (20) como "el lado oscuro del apoyo social".

La relación entre apoyo social y salud, desde el punto de vista de la disciplina de enfermería, remite al nacimiento de la disciplina, tal como enuncia Heierle, para quien "este concepto se ha tenido en cuenta desde F. Nithingale, pero sólo pocas enfermeras lo han integrado al núcleo de trabajo de enfermería" (14), entre ellas Norbeck (21), Stewart (15) y Ducharme et al (22), quienes evidencian la falta de consenso, conceptualización, definición y medición alrededor del concepto.

Los referentes anteriores constituyen las bases teóricas para formular y analizar el fenómeno, abordar las dimensiones del apoyo y vincularlo con la enfermería. Como proponen Strauss & Corbin (23), "la recolección de datos, el análisis y la teoría (…) guardan estrecha relación". Cuando se utilizan "teorías preconcebidas" es para "ampliar y profundizar" mediante el estudio de una realidad concreta "la teoría ya existente".

MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Se partió de la siguiente pregunta orientadora: ¿existe ayuda o apoyo para las familias de los niños con cáncer en nuestro medio y qué características tiene? Dicha pregunta parece tener una respuesta obvia porque existen grupos de apoyo y profesionales de salud que lo brindan como parte de las funciones en la atención y el cuidado de dichos niños.

Tal como lo plantean Strauss & Corbin, la teoría fundada "se deriva de datos recopilados y analizados de manera sistemática por medio de investigación"(23); enfatiza en los procesos de interacción frente a los acontecimientos y, según Heierle "permite explorar (…) un proceso social, a la luz de los datos sobre el fenómeno y proponer una explicación" (14). Las herramientas de esta tradición investigativa permitieron acercarse a la comprensión del fenómeno de ayuda o apoyo que viven las familias de los niños.

Se incluyeron familias con diferentes conformaciones, sometidas a la experiencia de vivir con un niño que ha sufrido enfermedad oncológica en algún momento de su vida. Se excluyeron aquellas familias de niños que, por la evolución y estado de la enfermedad, se consideraron en estado crítico o en fase terminal.

La recolección de la información se realizó en Medellín entre octubre del 2005 y noviembre del 2006. La llegada a los informantes se dio a través del muestreo abierto que, según Strauss y Corbin (23) tiene, entre otras características, que el investigador busca personas, sitios o acontecimientos donde pueda recoger, con un propósito, los datos relacionados con las categorías, sus propiedades y dimensiones y volver a los mismos datos y reorganizarlos de acuerdo con los conceptos teóricamente emergentes.

La técnica principal fue la entrevista, 18 en total, con una duración promedio de una hora, un mínimo de 40 minutos y un máximo de dos horas. Se realizaron 4 sesiones de observación participante con 2 horas de duración cada una. Las 18 participantes eran todas madres, con diferentes niveles de escolaridad y edades entre 17 y 59 años; a pesar de haber buscado participantes masculinos no fue posible hallarlos; generalmente se encontraban alejados, en busca de recursos, y sólo se hacían presentes en momentos cruciales de los tratamientos o por gravedad del niño.

Las fuentes primarias fueron las mamás de los niños. Los escenarios fueron las casas y sitios donde se encontraban estos, y siempre fuera del ambiente hospitalario. A pesar de haber gestionado permisos en algunas instituciones para tener cercanía con los padres y los niños enfermos, al ingresar al campo se vio que los niños hospitalizados frecuentemente presentaban complicaciones y recaídas después del tratamiento, o exacerbaciones de su enfermedad, y por esta razón los padres se encontraban angustiados o atrapados por la incertidumbre. En esos momentos, las familias atraviesan procesos emocionales y psicológicos complejos, nada propicios para entrevistas, que pudieran considerarse intrusión o perturbación de su privacidad. Por esta razón se pensó en otro escenario y se decidió realizar sólo observaciones en ambientes hospitalarios.

Con el fin de obtener el permiso para el ingreso a las instituciones se envió una carta a las directivas con varios meses de anterioridad, especificando su finalidad. Se incluían las actividades investigativas en el servicio de oncología y sus áreas afines, los intereses de la investigación en los grupos de apoyo y las familias de los niños con cáncer, que justificaban la permanencia en estos servicios. Es decir, se utilizó, según Taylor y Bodgan, "una táctica de enfoque directo" (24), que consiste en ingresar por la puerta del frente en las instituciones, con conocimiento de las directivas y personal. Sin embargo, la expectativa de las madres por los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y las situaciones descritas, hicieron que esta estrategia de recolección se agotara. Por lo tanto, se buscaron contactos hasta encontrar otro escenario con mayor número madres de participantes, todas procedentes por diferentes motivos de municipios de Antioquia, hasta obtener información suficiente para el análisis.

En las metodologías cualitativas se llevan simultáneamente los procesos de recolección de la información y de análisis. Este último comenzó con la primera entrevista e incluyó los tipos de codificación que denominan Strauss y Corbin (23) como abierta, axial y selectiva, la creación de diagramas y mapas analíticos, así como la realización de memos teóricos.

En resumen, los pasos fueron: localización de escenarios, realización de entrevistas, transcripción, limpieza, corrección y codificación abierta y axial, devolución y validación de resultados, codificación selectiva y, finalmente triangulación y vinculación con la teoría.

Se tuvo en cuenta el criterio de validez definido por Galeano como: "el grado de coherencia lógica interna de los resultados y la ausencia de contradicciones con resultados de otras investigaciones o estudios bien establecidos" (25). Se cuidó la coherencia entre la pregunta de investigación, los objetivos y la metodología para acercarse al fenómeno estudiado.

Desde la recolección de los datos se buscó la fidelidad al pensamiento de las participantes. Para asegurar tal fidelidad se compararon las transcripciones de las entrevistas con las grabaciones. Debe resaltarse que este proceso se facilitó por la relación de amistad y confianza con las madres, que se fortaleció a lo largo de los meses. Las observaciones realizadas también se transcribieron y se revisaron. Hubo varios momentos de devolución de los hallazgos con las madres participantes, y por último hubo revisión a cargo de profesionales conocedores del tema dentro y fuera del país.

Como una medida más de rigor para la validez y confiabilidad del estudio se realizó, según Arias (26) aconseja, triangulación de datos en el subtipo persona, a través de la combinación de datos en los niveles individual, familiar y grupal, y la combinación de técnicas, a saber, la observación no participante con las entrevistas, y el contraste entre diferentes fuentes primarias de información, a saber, las madres, los profesionales integrantes de grupos de apoyo y las directivas institucionales.

Aspectos éticos

Además de los aspectos enunciados de acceso y de *rapport*, se obtuvo el consentimiento voluntario oral previo a cada entrevista de las madres participantes, después de clarificarles la finalidad y los objetivos del estudio, así como la utilización que se haría de los resultados. Las entrevistas se grabaron, previa autorización suya, respetando su intimidad y buscando en todo momento que se sintieran en libertad de expresar sus sentimientos y emociones. Se les aseguró la confidencialidad y la discreción en el manejo de la información recolectada en las entrevistas y observaciones. Algunas participantes presentaron inestabilidad emocional durante la entrevista, y, en esos casos se cumplió la recomendación de Castillo (5) y Arechavala (6), quienes aconsejan en sus investigaciones con grupos de participantes con problemáticas similares a esta: "(…) en este caso se suspende la entrevista, se realiza intervención en crisis por parte del investigador y de ser necesario habrá intervención sicológica". Tales prescripciones se cumplieron a cabalidad.

RESULTADOS

A pesar de la suposición de que existe apoyo institucional y familiar, la realidad muestra que las madres están solas para asumir el proceso de la enfermedad y sus consecuencias. A continuación se describen los principales resultados referentes a los tres momentos del curso de la enfermedad que se tipificaron: "el caos", los "tratamientos agresivos con resultados limitados" y, "la recta final", y su relación con los tipos e intensidad del apoyo. Se describen el desamparo, con sus características y propiedades, y el protagonismo de las madres quienes constituyen el motor que activa las redes hasta conseguir apoyos cruciales.

Primer momento: *el caos*

Este momento lo caracterizaron las madres con la expresión: "*todo está alterado*". Se refiere al tiempo en que ellas van con sus niños, a veces de lugar en lugar, en busca del diagnóstico. Esta necesidad apremiante implica desplazarse de sus lugares de origen, migrar a las grandes ciudades, vivir entre la incertidumbre y la esperanza sin conocer realmente a qué se enfrentan. Como consecuencia, su proyecto de vida sufre modificaciones y queda en una especie de "suspensión temporal" (subrayado nuestro). Esta suspensión implica modificaciones en los roles familiares, por la necesidad de volcar toda su atención y tiempo en el niño enfermo.

El caos y la incertidumbre en busca de diagnóstico se expresan en los siguientes testimonios:

"Lo que más asusta es el impacto del diagnóstico" En02.

"Me dijeron que tenía un tumor pero que se iba a recuperar" En01.

"En ese período de tiempo cualquier cosa podía pasar … Esperar que no ocurra lo peor, que no se confirme la enfermedad" En04.

El siguiente testimonio se refiere a los cambios en la familia y a la modificación de su proyecto de vida:

"Ellos [los hermanitos] sufrían mucho, se angustiaban viéndolo tan mal; qué tanto que ese año uno de ellos perdió el año escolar" En02.

En el momento inicial de caos, las madres necesitan algún apoyo significativo que les permita orientarse en el camino, saber hacia dónde ir y mantener el ánimo y la esperanza a pesar de la difícil realidad. A continuación se describen los apoyos que consideraron más valiosos

y que fueron de tipo informativo, espiritual, emocional y material (5).

El apoyo informativo es crucial, surge y está a cargo, como debe ser, de la red formal que conforma el personal de salud de las instituciones hospitalarias privadas y públicas. Lo más significativo fue la claridad, veracidad y oportunidad de la información sobre cualquier aspecto del proceso de la enfermedad. Esto permite disminuir la incertidumbre y ansiedad de las madres al orientar sus decisiones frente al cuidado y al tratamiento del niño.

El desamparo se caracteriza por no recibir ayuda oportuna y apropiada a las necesidades de cuidado y tratamiento de los niños, la demora en los trámites, la falta de claridad y el incumplimiento de las normas legales vigentes, que se evidencia en la negación de los servicios para apoyo, diagnóstico y tratamiento, tal como expresó una de las madres:

"(...) lo volvió a hospitalizar porque se vio mal otra vez, y ahora sí le mandaron el TAC completo".

Esto acarrea consecuencias como la falta de continuidad en el tratamiento y el aumento de las complicaciones. Sontang (3) explica que los profesionales y los familiares toman medidas para protegerse cuando se presenta una enfermedad oncológica, porque ésta causa alteraciones físicas, emocionales y sociales en pacientes y cuidadores.

Los apoyos espiritual y emocional se originan en la red informal, que conforma la familia con los amigos, vecinos y otras personas significativas, y consiste en el ánimo, la esperanza y el fortalecimiento a través de la oración, el acompañamiento y la escucha en el momento crucial de conocimiento del diagnóstico e inicio del tratamiento.

El apoyo material consiste en bienes tangibles, es decir, comida, muebles, transporte, cuidados físicos, asistencia en casa, refugio y dinero (27), especialmente para el desplazamiento y las necesidades más apremiantes de madres y niños.

Sistemas de solidaridad orgánica por necesidad y de explotación

Como ya vimos, las personas se deben desplazar de sus hogares o municipios en busca de la red hospitalaria para el diagnóstico y el tratamiento. En ese proceso encuentran componentes de la red informal, es decir familiares, vecinos, paisanos o conocidos y algunas pocas instituciones de amparo. Todos, familiares e instituciones, les brindan la acogida. La acogida institucional es más apropiada que la acogida inicial que reciben por parte de sus familiares puesto que estos comparten varios niveles de precariedad (espacial, económica y logística), al tiempo que deben soportar, de manera transitoria y en el mejor de los casos, pérdida de la intimidad y de la libertad de utilizar sus espacios y sus pocas o muchas pertenencias.

Algunas madres, en busca de apoyo material (especialmente techo y comida), llegan a sitios donde vulneran sus derechos y los de los niños, utilizándolos como medios para conseguir recursos económicos provenientes del Estado o de particulares, recursos que en última instancia no se usan para satisfacer las necesidades de las madres y los niños, sino para el beneficio de quienes dirigen determinada institución. El sistema de explotación por necesidad significa que los niños enfermos son objeto de lucro por medio de la publicidad (radio, televisión), y objeto de la curiosidad que causa el que está grave o sufriendo y necesita ayuda económica. Este comportamiento fomenta la cultura de la mendicidad y es una violación flagrante del principio kantiano[e] (28). El testimonio de una madre lo ilustra así:

"Eso es una humillación, ese albergue, eso no es verdad que es para los niños con cáncer, eso es para el beneficio de ellos, para el lucro de ellos mismos, para vivir bien todos, la familia" En 07.

En casos menos desafortunados encuentran instituciones filantrópicas de amparo como una forma de respuesta de la sociedad al desamparo estatal y familiar. Esta estrategia se denominó, de acuerdo con la categoría de Durkheim (29-30), *sistema de solidaridad orgánica* que, según el autor, se fundamenta en las normas de relación entre individuos que hacen parte de la comunidad. En este caso se trata de relaciones en una institución de amparo.

Segundo momento: *tratamientos agresivos y resultados limitados*

Este momento constituye una fase intermedia y comprende la búsqueda del camino, la recuperación de la salud o la pérdida de la vida y el comienzo del fin; es posterior a la confirmación del diagnóstico y se inicia con el tratamiento; aquí es crucial encontrar una ruta que muestre lo que se debe hacer y para dónde seguir. Las madres tocan todas

e La naturaleza racional como fin en sí mismo y el imperativo práctico será: Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin, al mismo tiempo y nunca solamente como un medio (subrayado nuestro).

las puertas, preguntan, consultan, buscan orientación de otras madres en su misma situación y en los profesionales de salud, juzgan las instituciones hospitalarias y el personal que allí labora así:

"El mejor hospital es donde hay de todo y no lo ponen a uno a voltear tanto, por eso yo quiero tanto ese hospital" En07.

En esta etapa, el desamparo se caracteriza por la insistencia en tocar todas las puertas, lo cual no significa que se abran. El recorrido es largo y tortuoso como un laberinto; cada trámite incluye otros trámites, esperas e incumplimientos. Ellas recorren las EPS y las IPS para obtener medicamentos, exámenes diagnósticos y cirugías; algunas veces acuden a la tutela para obtener tratamientos que, por ley, se les deben proveer. Finalmente encuentran quién las atienda y les resuelva las necesidades, aunque en ocasiones tarden meses en lograrlo.

Igual que en la etapa anterior, es evidente el desamparo en que las deja la red formal, con las implicaciones descritas y mayor riesgo y deterioro en el estado del niño. Ellas se refieren a esta situación así:

"La institución no me había dado nada…yo, en el hospital, tenía que tener [dinero] para droga y todo…todo nos tocó (…)" En09.

"En septiembre cumplía él tres meses de cirugía…el 15, ya cuando voy a sacar la cita, [me dicen]: ya no hay contrato con el doctor que lo operó, sino con otro doctor. Yo la saqué [la cita] porque me dijeron que era lo mismo, y que era un control" En09.

La etapa de tratamiento tiene dos posibles desenlaces: la recuperación de la salud o la pérdida de la vida. La recuperación significa volver a casa, al hogar, recobrar las esperanzas, retomar los proyectos de vida que quedaron suspendidos, regresar al colegio o al trabajo, compartir con el resto de sus familias y amigos, y, lo mejor, pensar que la enfermedad queda atrás. Así lo expresa una de las madres:

"Regresar a la cotidianidad, a la casa, así sea por ratos, estar en casa, estudiar, sentirse sano, sentirse mejor" En06.

Por el contrario, la pérdida de la vida muchas veces comienza con exacerbaciones de la enfermedad, regresos al hospital, tratamientos intensivos y deterioro creciente del estado del niño. Las madres saben que eso significa una recaída porque solo le prescriben medicamentos para evitar el dolor o las complicaciones y mitigar el sufrimiento; todos saben que el final se acerca. Estos son momentos de temor, angustia, dolor y tristeza, tal como lo ilustran los siguientes testimonios:

"Momentos difíciles son los momentos de exacerbación de la enfermedad" En08. "Le mandaron radioterapia y no quimioterapia porque estaba muy débil y no resistía" En02.

Como se puede ver, es el comienzo del fin; el niño cada día tiene nuevas complicaciones que hacen pensar en la progresión de la enfermedad. Las madres piensan en la muerte y se les hace más difícil la toma de decisiones sobre los tratamientos y los cuidados del niño enfermo porque en esta etapa todos los procedimientos agravan el sufrimiento. Una de ellas refiere:

"Y ya los médicos me dijeron: tiene esto, cuando el niño se puso tan mal que se iba a morir" En02.

El siguiente testimonio ilustra sobre el sufrimiento final cuando aparecen señales de inminencia de la muerte tales como convulsiones y hemorragias:

"(…) lo tenían que hacer evaluar por un internista, que todas las pruebas de coagulación, ***todo estaba alterado****, que sugería una evaluación por un hematólogo" E04 (resaltado nuestro).*

"Él falleció el 24 de mayo a las doce de la noche. Todo ese día durmió mucho, hasta tuve que despertarlo para darle el alimento por la sonda, luego me pidió unas galletas y una gaseosa, yo le dije que esperara un ratico (sic) para dárselo porque acababa de pasarle el alimento, él se quedó dormido, luego de eso no volvió a hablar y empezó a convulsionar. La abuela y yo lo acompañamos hasta la muerte." En 01.

Cuando los integrantes de la red formal deciden enviar al niño en esas condiciones para su casa, las madres saben que se acerca el momento final y temen enfrentarse a él solas, sin ayuda ni apoyo de otros, sean profesionales de salud o su propia familia.

Los apoyos cruciales se centran el la red formal porque el curso de la enfermedad se está moviendo entre la recuperación o el fin de la vida. El apoyo informativo es primordial y consiste en una clara ilustración en cuanto a los pasos del tratamiento y los cuidados para el niño. También es significativo el apoyo valorativo con el que los profesionales de salud refuerzan las acciones de cuidado que las madres y otros cuidadores realizan. Los integrantes de la red informal también brindan apoyo valorativo en el sentido del reconocimiento del esfuerzo y sacrificio que suponen los cuidados

de las madres. La familia continúa con el apoyo material que ha prestado desde la primera fase, para cubrir la estadía y necesidades de las madres y el niño. El apoyo espiritual es definitivo en esta etapa y tiene la función de confortar en los momentos de angustia, tristeza y desesperanza, sobre todo cuando el desenlace es la muerte.

Tercer momento*: la recta final*

Este momento está ligado con el anterior y puede tener uno de los dos desenlaces descritos: la recuperación o el fallecimiento. Las expresiones "los recuerdos" y "un enemigo dormido" aluden a las añoranzas de los padres y el niño frente al estado que se desea recuperar, y al temor, que no cesa aunque el niño esté estable, ya que en cualquier momento puede haber una recaída. Las madres dicen acudir a la fe en el sentido de creer en la curación y "dar gracias". Una de ellas expresa:

"Él ya está sano gracias a Dios, el Señor ya hizo su obra" En07.

La presencia de la muerte es ineludible tanto para el niño como para su familia; la hermana de una de las pequeñas pacientes recordaba el mayor deseo de ésta cuando le decía:

"¿Cierto que no voy a estrenar nunca la bicicleta?, la miraba (a la bicicleta) con tristeza" En05.

En la línea final se recogen las vivencias que relatan las madres cuando se preparan para la hora de la muerte del niño. Este pierde muchas de sus facultades por el estado de cansancio físico y emocional y la exacerbación de los síntomas. Todos presienten el fin y, con sentimientos de tristeza y desesperanza continúan en incertidumbre hasta el final. Una madre decía:

"*Iba empeorando: aumentó la sed y el sueño, [tenía] poco apetito, vomitaba mucho, si agua tomaba, agua vomitaba" En01.*

Llegan visitas inesperadas, en su mayoría familiares lejanos, para manifestar el apoyo y afecto hacia el niño y sus padres. En esta hora, lo único que quieren las madres y los familiares es poder cumplir los deseos del niño, que todo pase rápido, que no sienta dolor ni malestar. Ellas manifiestan la necesidad de despedirse y de acompañarlos hasta el final como lo más significativo. Una madre, luego de describir la muerte del niño, finaliza diciendo con satisfacción y desconsuelo al mismo tiempo:

"La abuela y yo lo acompañamos hasta la muerte" En01.

El contraste entre la necesidad de apoyo y la evidencia del desamparo continúan hasta el final. Es crucial el apoyo informacional, deber de la red formal, que no responde; las madres y familiares son impotentes para cuidar en casa al niño que está grave. Surgen muchas preguntas en la hora de la muerte y, cuando se formulan, obtienen respuestas equivocadas, o se quedan sin respuesta y se enfrentan solas al desenlace. Escuchar y acompañar hacen evidente el apoyo de tipo espiritual y emocional que brindan familiares y amigos para fortalecer y dar valor para asumir la pérdida.

DISCUSIÓN

Los referentes teóricos sobre el apoyo fueron la base para la descripción y el análisis de los resultados. Las teorías se profundizan, y enriquecen con fidelidad el sentido y el significado que los participantes le atribuyen al apoyo.

Del concepto de apoyo social se toma la descripción de las formas en las que se puede manifestar, a saber, el apoyo informativo, material, valorativo y emocional (27). En lo referente a las fuentes de apoyo, algunos autores (17) aseguran que la densidad de las redes sociales, descrita como parte de la estructura del apoyo social, hace parte del concepto de "integración social" y, este, a su vez, se fundamenta en el concepto de "solidaridad", que describió Durkheim (30) como parte del modelo de "integración social" que, para el autor, fundamenta la aparición de las sociedades primitivas y modernas. En este sentido se rescata la importancia de la interrelación salud-enfermedad, enfermería y ciencias sociales.

Ahora bien, en la descripción de las características emergentes de las redes formal e informal, como ya se describió, apareció con mayor fuerza la antítesis del apoyo que se denominó "desamparo de las redes", por carecer del fin último que es la solidaridad; dicho desamparo desvirtúa completamente la función y la razón de ser del apoyo.

Acerca de las fuentes de apoyo son claros los aportes de la sociología, que describe la existencia de varias redes que surgen en las instituciones formales y en la familia. Sin embargo, se encontraron instituciones y relaciones que no se asemejan a estas descripciones, tales como las que se dan en la institución de amparo. Una vez analizadas sus características y fundamentos, se reafirmaron dos conceptos claves, el de solidaridad (*Durkheim)* y el de alienación (*Kant),* y surgieron como resultado nuevas conexiones entre la teoría y la realidad del fenómeno.

La teoría de la incertidumbre, de Mishel (19) aportó al conocimiento del apoyo como herramienta para intervenir

la incertidumbre, la angustia y la preocupación que genera el desconocimiento, orienta las interrelaciones que se deben promover y la intervención de los profesionales de enfermería con el apoyo informativo acerca del proceso de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Ante la pregunta de si en nuestro medio existe apoyo institucional y social para las madres y las familias, la realidad mostró su soledad para asumir la enfermedad en toda su complejidad. El desamparo emergió en forma dominante desde el primer momento por parte de las dos redes, formal e informal; en el segundo momento, por parte de la red formal, y así hasta el final; en resumen, las familias, no tienen un apoyo constante y real.

La red formal no cumple el papel de apoyo que le corresponde, a pesar de que las madres reconocen a los profesionales como verdaderos puentes y claves que abren las puertas para franquear barreras en busca de atención. En su voz aparece claramente el desamparo en que las tiene la red formal, y la negligencia y falta de ética de los profesionales que demoran los trámites, no tienen claridad en la información, mienten e incumplen las normas legales llegando incluso hasta negar los servicios.

La red informal se perfila con un alto grado de impotencia frente al proceso complejo de la enfermedad. En esta red, el desamparo se caracteriza porque a los amigos y familiares les falta escucha, no atienden al llamado de apoyo y están siempre de mal humor. Por lo tanto, el desamparo proviene de ambos tipos de redes.

En cuanto a la intensidad del desamparo, fue mayor en dos momentos de la enfermedad: cuando se da el proceso de asumir el diagnóstico, y cuando se trata de buscar alternativas de tratamiento, es decir, cuando se requiere mayor información sobre el curso de la enfermedad, más acompañamiento y orientación para encontrar el camino y lograr el tratamiento. Las madres expresan que la soledad y la falta de apoyo les hace más difícil vivir y "salir adelante" ante un proceso tan devastador y adverso como es el cáncer en un hijo.

Un hallazgo emergente fue el *sistema de solidaridad orgánica* de una institución de amparo, que se fundamenta en normas de relación entre individuos, en este caso madres antes desconocidas entre sí. Esta organización respondía en gran medida a las necesidades de apoyo material, especialmente por brindar techo, comida, y en ocasiones pasajes. También brindaba apoyo informativo y emocional al profundizar los lazos familiares y compartir sus vivencias, preocupaciones y necesidades. La importancia del hallazgo radica no sólo en el conocimiento del fenómeno de solidaridad social, sino también en la riqueza de las vivencias que las madres relatan. En resumen, constituye una respuesta social a un problema igualmente social, el desamparo de las redes.

No se puede desconocer que, al mismo tiempo, se encontraron prácticas alienantes de quienes se lucran de la necesidad de los niños y de sus madres. Se trata, en este caso, del hallazgo de una institución de aparente solidaridad, pero que en realidad vulnera los derechos porque se aprovecha de las necesidades materiales y afectivas, se lucra de ayudas, aportes y donaciones; constituye un *sistema de explotación por necesidad*, que es una manifestación grave de alienación social a la cual se exponen las madres y los niños en cualquier momento del proceso de la enfermedad.

Por otra parte, los resultados muestran que las madres no se quedaron inmóviles ante la soledad; ellas activan, movilizan, orientan y refuerzan las redes en forma permanente; no se dan por vencidas, sobrepasan obstáculos de diversa índole, utilizan todos los mecanismos para resistir la soledad, vencer la adversidad y el desamparo, encuentran caminos para obtener la atención en la red formal (institucional) y afrontar las recaídas del niño; ellas, siguen adelante pensando en la recuperación hasta el final; para vencer el desamparo, exigen sus derechos, agotan todos los recursos, tocan todas las puertas hasta encontrar ayuda. Ellas son el motor de las redes, su liderazgo y protagonismo logra vencer el desamparo, encontrar sistemas de solidaridad y defenderse de explotación. Sin ellas, es claro que los niños perderían la lucha contra la enfermedad y contra el desamparo, disminuyendo aun más sus posibilidades de sobrevivir.

Las construcciones de género también se reflejan en este difícil proceso. Las madres tienen, como ya se dijo, alto grado de protagonismo; los padres participan con apoyo económico (instrumental), acompañan desde lejos, cuestionan, supervisan y guardan silencio frente al proceso de la enfermedad. Su silencioso papel es valioso porque cuando están presentes constituyen soporte primordial para las madres en los momentos agudos de la enfermedad, en el sufrimiento y la incertidumbre. A través de la reconstrucción del proceso de apoyo, los datos se acercaron cada vez más al protagonismo de las madres; los niños permanecieron bajo su protección. Las estrategias de búsqueda de apoyo son tres: el acercamiento a la red formal, a la red informal y el encuentro del sistema de solidaridad.

En suma, apoyo y desamparo varían sus formas de expresión, propiedades, dimensiones, intensidad y forma, de acuerdo con las necesidades de las madres y los niños, también cambiantes en los tres momentos identificados del curso de enfermedad. La relación entre el apoyo social y la atención en la enfermedad se desarrolla en todos los momentos. El desamparo de los sistemas de atención, aunque cambie, se visualiza en forma permanente.

De manera menos visible, pero no menos importante que el apoyo material descrito, se evidenciaron los tipos de apoyo espiritual, informativo, emocional y valorativo; a pesar de que todos se dieron en los diferentes momentos, el apoyo informativo de la red formal tomó una mayor relevancia, quizá por ser la necesidad más apremiante (sin ese apoyo estarían perdidas); este, en definitiva, permitía aclarar el curso de la enfermedad y el paso a seguir, además de disminuir la incertidumbre y la ansiedad que significa tener un niño afectado por la enfermedad oncológica, con sus características de gravedad y letalidad, su significado social y la inminencia de la muerte.

Como ya se dijo, los modelos teóricos ayudaron a encontrar las formas, las fuentes y los objetivos del apoyo. Pero esas teorías de apoyo no dan cuenta del desamparo que emergió en la investigación. Contrario a lo que podría pensarse, no siempre donde se supone la existencia de redes, hay apoyo social. El desamparo fue realmente lo que marcó el curso de una investigación que se preguntaba por el apoyo en las familias de los niños con cáncer.

RECOMENDACIONES

El apoyo informacional, valorativo y emocional se debe integrar al cuidado diario de las familias, con el fin de disminuir la incertidumbre, aumentar la autoestima, acompañar y dar ánimo en todos los momentos durante el proceso de enfermedad de los niños con cáncer.

Integrar el apoyo como parte del cuidado permitirá al profesional de enfermería enriquecer la relación entre profesionales, cuidadores, personas y grupos objeto de cuidado, y mejorar la visibilidad de la profesión.

El papel de los profesionales como puente entre la familia y la institución constituye el apoyo más significativo de la red formal, el cual se concreta en la claridad, veracidad y oportunidad de la información, así como en la orientación para encontrar el camino correcto.

Futuros estudios que relacionen los referentes teóricos y metodológicos de la disciplina de enfermería con el concepto de apoyo social facilitarán su aplicación en las prácticas de cuidado.

Promover el fortalecimiento de los grupos institucionales de apoyo, en sus aspectos teórico y práctico, permite que los profesionales de enfermería identifiquen la importancia de su participación en ellos.

Se deben fortalecer los programas de extensión solidaria que apoyan a los cuidadores informales, porque es una forma de dar soluciones a una necesidad social apremiante.

En síntesis, hemos estudiado sobre apoyo social, en este caso aplicado a la enfermedad oncológica, pero estos elementos son pertinentes y se pueden aplicar en diversas problemáticas, en todo tipo de sufrimientos, duelos y pérdidas. Entender la trascendencia del apoyo en todas sus dimensiones y formas aliviará en forma significativa el sufrimiento y contribuirá a la satisfacción de necesidades más allá de los ámbitos institucionales.

Entender el apoyo en sus aspectos estructurales y aplicarlo a las prácticas profesionales, en este caso a la salud, fortalece las redes sociales (27) y contribuye a formar, tejer y reconstruir tejido social. Aprender de los sistemas de reciprocidad, concertar en normas en aras de la convivencia, compartir la vida cotidiana en forma intensa con personas diferentes, volverse íntimo con desconocidos que luego se convierten en su familia hacen parte de la *solidaridad orgánica* planteada por Durkheim (30).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robinson L. General principles of the epidemiology of childhood cancer. En: Pizzo PA, Poplack DG, editores. Principles and practice of pediatric oncology. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Raven; 1993. p. 3-10.
2. Greti TZ, Martinez PT, Vega RM. Cáncer en los niños y adolescentes en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev Col Cancerol. 2002;6(3):51-65.
3. Sontag S. La enfermedad y sus metáforas: el sida y sus metáforas. Madrid: Mateu Cromo; 1978. p. 16, 18.
4. Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial, n° 41148, (Dic 23, 1993).
5. Castillo E, Chesla AC. Viviendo con el cáncer de un (a) hijo(a). Colomb Med. 2003;34(3):155-63.
6. Arechavala MC, Miranda CC. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. Cienc Enferm. 2002;8(1):49-55.
7. Arechavala MC, Palma CE, Catón SM. Apoyo social percibido por un grupo de pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. Actual Enfer 2002;5(2):7-11.

8. Hinds C. Suffering: a relatively unexplored phenomenon among family caregivers of non-institutionalized patients with cancer. J Adv Nur. 1992;17(8):918-25.
9. Piñeros BE. Características del soporte social recibido por madres primíparas que lactan y las que no lactan exclusivamente a su hijo. Av Enferm. 2001;19(1).
10. Camacho NJ. Caracterización del soporte social en gestantes adolescentes asistentes a las I.P.S popular y recreo, entre julio- agosto-septiembre de 2000. Av Enferm. 2001;19(1).
11. Hubbard P, Muhlenkamp AF, Brouwn N. the relationship between social support and self care practices. Nurs Res. 1984;33(5):266-70.
12. Brandt P. Stress- Buffering effects of social support on maternal discipline. Nurs Res. 1984;33(4):229-34.
13. Endo E, Nitta N, Inayoshi M, Saito R, Takemura K, Minegishi H et al. Pattern recognition as a caring partnership in families with cancer. J Adv Nur. 2000;32(3):603-10.
14. Heierle C. Cuidando entre cuidadores, intercambio de apoyo en la familia. Maracena: Arte impresores; 2004. p. 23-49, 33, 10.
15. Stewart MJ. Social support instruments created by nurse investigators. Nurs Res. 1989;38(5):268-75.
16. Kanh RL, Antonucci TC. Convoys over the life course: attachment, roles and social support En: Baltes PB, Brim O. Life span development and behavior. New York: Academic Press; 1983.
17. Fintgeld CD. Clarification of social support. J Nurs Scholarsh. 2005;37(1):4-9.
18. Walster, E Walster W., Berscheid E. Equity: theory and research. Boston: Allyn & Bacon; 1978.
19. Mishel HM. Incertidumbre en la enfermedad. Image. 1988; 20(4):225-232.
20, Tilden V, Gaylen R. Cost and conflict. The darker side of social support. West J Nurs Res. 1987;9:9-18.
21. Norbeck SJ, Lindsey MA, Carrieri LV. The development of an instrument to measure social support. Nurs Res. 1981;30(5):264-69.
22. Ducharme F, Stevens B, Rowat K. Social support: conceptual and methodological issues for research in mental health. Issues Ment Health Nurs. 1994;15(4):373-92.
23. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, California: Sage; 1990. p. 227-28.
24. Taylor SJ, Bodgan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Piados; 1987. p. 31-151.
25. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín: Fondo editorial Universidad Eafit; 2004. p. 27-54.
26. Arias MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Cienc Enferm. 2000;8(1):49-55.
27. Barron A. Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones**.** España: Siglo Veintiuno; 1996. p. 3-27.
28. Kant M. Crítica de la razón práctica. México: Porrúa; 2004. p. 31-61.
29. Girola L. Anomia e individualismo: del diagnóstico de la modernidad de Durkheim al pensamiento contemporáneo. Barcelona: Anthropos; 2005. p. 25-55.
30. Durkheim E. De la división del trabajo social. Buenos Aires: Schapire S.R.L; 1967. p. 99-128.

Anexo 4- Projecto "Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24"

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24

Projecto

Aluno: Magda Lemos Fachadas

Sob orientação de: Enf.ª A. M.

Sob tutoria de: Prof.ª Judite Vaz

Lisboa, Outubro de 2010

ÍNDICE

1- NOTA INTRODUTÓRIA…… 3
2- FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO…… 4
2.1- O suporte social neste projecto…… 5
3- PLANEAMENTO…… 7
3.1- Objectivos…… 7
3.2- Recursos…… 7
3.3- Procedimento…… 7
4- AVALIAÇÃO…… 9
5- NOTA CONCLUSIVA E SUGESTÕES…… 10
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS…… 11

ANEXOS

Anexo I- *Guia orientador para o telefonema*..... 12
Anexo II- *Representações gráficas dos resultados dos telefonemas*……..... 13

1-NOTA INTRODUTÓRIA

O presente projecto foi realizado no âmbito do Módulo II da Unidade Curricular Estágio, do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Este Módulo decorreu entre 27 de Setembro e 19 de Novembro de 2010, no Internamento de Pediatria do Hospital dos Lusíadas, com a orientação da uma enfermeira especialista da Unidade.

Os objectivos definidos para este módulo foram:

- Desenvolver competências a nível da intervenção no contexto de doença/ hospitalização, para a assistência de enfermagem avançada à criança/ jovem e família;
- Contribuir para a promoção do papel parental, inserida no contexto de doença/ hospitalização, ao nível do suporte formativo, instrumental e emocional.

Este trabalho surgiu como uma necessidade constatada ao longo da elaboração do diagnóstico de situação, tendo em consideração a elevada quantidade de cirurgias de ambulatório que decorrem neste serviço, sem que posteriormente seja efectuado um controle da situação da criança em casa.

Desta forma, o presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. Será iniciado por uma nota introdutória e depois por uma breve fundamentação da pertinência deste projecto para o Serviço de Internamento de Pediatria do Hospital dos Lusíadas, bem como o papel do suporte social neste projecto. Posteriormente será exposto o planeamento da implementação deste projecto, com referência aos vários pontos do procedimento, objectivos e recursos envolvidos. Segue-se a nota conclusiva com algumas sugestões futuras, terminando com a bibliografia utilizada para realizar este projecto. Em anexo, foi exposto o guia orientador para o telefonema.

2- FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO

David Cohen e John Dillon, introduziram o conceito de cirurgia ambulatória no início dos anos 60, cifrando que o princípio que orienta toda a cirurgia de ambulatório é a "Segurança" (PORTUGAL, 2001 p. 5).

Segundo o referido documento da Direcção Geral de Saúde (2001),

> "*Cirurgia de Ambulatório é a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais leges artis, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia*." (PORTUGAL, 2001 p.5).

Desta forma, uma cirurgia de ambulatório implica que o cliente venha do seu domicílio, seja intervencionado nesse mesmo dia, regressando algumas horas após ao seu domicílio na companhia dos seus familiares. Significa assim que o cliente fica apenas algumas horas no hospital.

De certa forma, isto vai ao encontro do primeiro artigo que orienta a Carta da Criança Hospitalizada, estabelecendo que "*A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia*" (SANTOS, 2006: p.27).

Isto porque, a hospitalização e a doença contribuem para a vulnerabilidade da criança/jovem, devido ao imposto afastamento do seu quotidiano e do ambiente familiar, o confronto com a dor e os sentimentos de punição e medo que constituem a primeira crise que a criança/jovem tem de enfrentar (HOCKENBERRY, 2006).

Considerando este aspecto, existem inúmeras intervenções cirúrgicas e exames diagnósticos que podem ser realizados em regime ambulatorial. E desta forma, para além dos benefícios económicos e operacionais, a cirurgia de ambulatório pediátrica também confere maiores vantagens para a criança/jovem e família, uma vez que os impactos psicológicos e emocionais de uma hospitalização são minorados.

Contudo, julgamos que apesar das referidas vantagens, há sempre alguns riscos adjacentes à alta precoce. Daí surgir a necessidade de criar este projecto de monitorização das crianças submetidas a cirurgia em contexto ambulatório, 24 horas após a sua alta para o domicílio.

Oliveira faz referência a vários autores (Oliveira, 1999; Reimer et al, 1987; Mangram et al, 1999; Sheretz, 1992), que relatam que o método mais adequado para realizar esta vigilância

após a alta para o domicílio, depende das características de cada instituição (OLIVEIRA et al., 2003 p. 49).

Oliveira e Carvalho (2007), relativamente à metodologia mais conveniente, reforçam ainda que é "*imprescindível que cada instituição adopte aquele que melhor condiz com a sua realidade (infra-estrutura, recursos humanos, espaço físico etc.), sem, no entanto, deixar de realizar algum tipo de vigilância*." (OLIVEIRA et al., 2007 p.2).

Desta forma, julgamos que para se dar inicio a este projecto, a metodologia mais adequada presentemente será o contacto telefónico, na medida em que sem ter que mobilizar muitos recursos, conseguir-se-á dar continuidade aos cuidados, garantindo uma avaliação permanente da condição geral da criança/jovem, bem como esclarecer qualquer dúvida que possa surgir no pós-operatório. E como grande objectivo, contribuir para a qualidade dos cuidados à criança/jovem e família.

2.1- O suporte social neste projecto

O suporte social surge neste projecto nas suas três vertentes definidas por Pais Ribeiro (1999), instrumental, informativo e emocional.

Interessa então, rever alguns conceitos.

A história do suporte social e dos seus conceitos é relativamente recente, no entanto, já envolve dois períodos. O primeiro decorre desde o início do século XX até aos anos sessenta, que inclui contribuições de estudos realizados na área da psicologia e da sociologia. O segundo período diz respeito às origens do movimento comunitário (NUNES, 2005).

Pais-Ribeiro (1999: p. 547) citando Sarason (1983) define suporte social como "*a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*". (PAIS-RIBEIRO, 1999 p. 547).

Dunst e Trivette (1990) também abordado por Pais-Ribeiro (1999) referem que suporte social são os recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (por exemplo a família) em resposta aos pedidos de assistência.

Paixão e Oliveira (1996) aludidos por Nunes (2005) conceptualizam que o suporte social fornecido pelas relações sociais contribui para o bem-estar do indivíduo e abranda o efeito que as situações adversas podem provocar.

Actualmente, esta temática do suporte social suscita o interesse de diferentes áreas de investigação, entre elas a Enfermagem.

Os cuidados de enfermagem à Família, tem como pressuposto o cuidado à família no seu contexto cultural e nas suas diversidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais.

Desta forma, "*o cuidado visa a promoção da saúde da família, fortalecendo seus mecanismos de enfrentamento, conferindo autonomia por meio do esclarecimento e proporcionando bem-estar, qualidade de vida não idealizada, porém, dentro das suas condições de existência*" (PEDRO et al., 2008 p.326).

Barrón (1996) abordado por Martins (2005), sugere uma perspectiva funcional do suporte social que é constituído por três níveis, o suporte formativo, o suporte instrumental e o suporte emocional, esta linha de pensamento também é defendida por Pais Ribeiro (1999).

O suporte formativo, é considerado como o processo através do qual as pessoas recebem informação e orientações que as ajuda a compreender o seu mundo e as mudanças que nele ocorrem (MARTINS, 2005). Neste âmbito importa intervir, promovendo o papel parental, no sentido da promoção da autonomia e poder de decisão acerca dos recursos internos e externos, disponíveis para dar resposta às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/ jovem, e das transições saúde/ doença.

O suporte instrumental baseia-se nas acções e materiais proporcionados por outros, que resolvem problemas práticos e facilitam a realização de tarefas quotidianas, como por exemplo, os recursos (legislação, família, segurança social, associações e instituições de apoio, infantários) e acessibilidades existentes e disponíveis. Contudo este suporte só é efectivo quando quem o recebe percepciona a ajuda como apropriada (MARTINS, 2005).

O suporte emocional diz respeito aos comportamentos e relações que originam sentimentos de bem-estar afectivo e psicológico, fazendo com que a pessoa se sinta considerada, respeitada e querida (MARTINS, 2005).

Após esta clarificação de conceitos, é perceptível de que forma este projecto vai actuar nas três unidades funcionais do suporte social. Ou seja, com a implementação deste projecto, o telefonema efectuado 24 horas após a alta de crianças submetidas a cirurgia ambulatória vai permitir promover autonomia, segurança e poder de decisão às famílias cuidadoras, bem como proporcionar um momento de esclarecimento de dúvidas. A equipa de enfermagem funcionará como um recurso a quem os pais/família poderão recorrer, originando os referidos sentimentos de bem-estar e sensação de que estão acompanhados mesmo já se encontrando no domicílio.

3- PLANEAMENTO

3.1- Objectivos:

Como já foi referido, este projecto vai ter como principal objectivo:

- Implementar a realização de um contacto telefónico 24 horas após a alta da criança/ jovem submetida a cirurgia ambulatória.

Como objectivos secundários:

- Despistar complicações no pós-operatório no domicílio;
- Esclarecer dúvidas que surjam no pós-operatório no domicílio;
- Melhorar a qualidade dos cuidados ao cliente pediátrico e sua família;
- Fidelizar os clientes.

3.2- Recursos:

Os recursos a serem utilizados para a concretização deste projecto são:

- Enfermeiro do Internamento de Pediatria;
- Telefone;
- Agenda de marcação dos contactos a realizar;
- Check-list "Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24" (Anexo I);
- Dossier de arquivo dos contactos telefónicos.

3.3- Procedimento:

Para que estes objectivos sejam atingidos iremos proceder à implementação deste projecto da seguinte forma:

- Dia da alta:
  - Validar com a família da criança/jovem os dados do campo "Identificação" referente ao instrumento orientador "Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24";
  - Preencher o campo "Dados do Internamento" do instrumento orientador "Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24";
  - Proceder ao agendamento do contacto telefónico para 24 horas após a alta, em agenda própria;

- Dia seguinte à alta:
  - Efectuar o contacto telefónico 24 horas após a alta (preferencialmente no turno da tarde);

- Proceder à entrevista seguindo o campo “Contacto Telefónico” e “Controlo de Qualidade”;
- Efectuar os ensinos necessários ou respectivo encaminhamento da criança/jovem e sua família;
- Proceder ao arquivamento do contacto no processo do cliente (que deve permanecer no serviço 24 horas depois da alta) ou na impossibilidade de o fazer, arquivar em dossier próprio para o efeito;
- Ponderar agendamento de novo contacto dependendo da data da consulta com o médico da especialidade.

4- AVALIAÇÃO

Após a validação da pertinência com a Enfermeira Orientadora dos conteúdos que constituem o documento para efectuar o contacto telefónico, foi efectuada a sua aplicação prática.

Durante duas semanas, entre 1 e 14 de Novembro de 2010, todos as crianças/jovens submetidos a cirurgias do foro ambulatório foram contactadas 24 horas após a alta. O contacto foi realizado com a pessoa significativa da criança, em todos os casos a mãe, que igualmente acompanhou a criança durante o internamento.

Desta forma, durante este período onze crianças/ jovens foram internadas para se submeterem a cirurgia ambulatória: duas do foro ortopédico, três do foro urológico, cinco de otorrinolaringologia e uma de dermatologia.

Foram estabelecidos 24 horas após a alta, onze contactos dos quais apenas um não foi atendido, após várias tentativas de contacto.

Efectivamente, dos dez efectuados todos foram da opinião que o contacto foi útil, e as justificações presentes foram organizadas em quatro grupos: apoio e suporte; humanização, qualidade dos cuidados e esclarecimento de dúvidas. (Anexo 2)

5- NOTA CONCLUSIVA E SUGESTÕES

A elaboração deste projecto permitiu estruturar a construção de um instrumento de continuidade de cuidados de enfermagem, que se veio a revelar através dos resultados obtidos e aqui expostos, como uma mais-valia não só para a melhoria da qualidade dos cuidados, a sua humanização e para o esclarecimento de dúvidas que surgem no domicílio, em formato de suporte instrumental. Este é um suporte instrumental que tem igualmente as duas outras vertentes do suporte social, o emocional e o informativo, uma vez que é neste contacto que fornecemos informações aos pais/ familiares, como também fornecemos o nosso apoio e transmitimos a tranquilidade e ajuda que uma alta precoce para o domicílio pode exigir.

O desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista "*apresenta-se como uma estratégia indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem a prestar à população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/ família*" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 p. 3).

A especialização na área da Saúde Infantil e Pediátrica, segundo a Ordem dos Enfermeiros, tem como eixos organizadores "*projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde/ doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida*" (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009 p. 7).

Desta forma, a operacionalização deste projecto, encaixa-se na perfeição no projecto base do módulo, uma vez que pretende-se a promoção do papel parental, através da tomada de decisão esclarecida, evitando os processos de desequilíbrio que podem decorrer de processos de transição que exigem um reajuste do sistema familiar.

Como forma, de dar continuidade a este projecto e de melhorar a sua aplicabilidade, sugere-se:

- Conversão do guia orientador do telefonema em suporte informático ou como parte integrante do processo informático do cliente (Gestão Hospitalar);
- Ampliação desta monitorização a todos os pós-operatórios de cirurgias pediátricas;
- Realização de visitas domiciliárias.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HOCKENBERRY, M.J. 2006. *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 7.ª edição. São Paulo : Elsevier Editora, 2006. 85-352-1918-8.

MARTINS, R. 2005. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: revista do ISPV.* Maio de 2005, 31, pp. 128-134.

NUNES, M. 2005. Apoio social na diabetes. *Millenium: revista do ISPV.* Maio de 2005, 31, pp. 135-149.

OLIVEIRA, A.C. e CARVALHO, D.V. 2007. Avaliação da subnotificação da infecção do sítio cirúrgico evidenciada pela vigilância pós-alta. *Rev. Latino-am Enfermagem.* Set./Out. de 2007, Vol. 15, 5.

OLIVEIRA, A.C., et al. 2003. Pós-alta do paciente cirúrgico: uma análise da importância da subnotificação Seguimento da incidência da infecção do sítio cirúrgico. *REME- Rev.Min.Enf.* Jan./Jul. de 2003, Vol. 7, 1, pp. 48-51.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2009.- Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Dez. de 2009. 46 p.

PAIS-RIBEIRO, J. 1999. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica.* 1999, Vol. 3, 17, pp. 547-558.

PEDRO, I.C. S., ROCHA, S.M.M. e NASCIMENTO, L.C. 2008. Apoio e Rede Social em Enfermagem Familiar: revendo conceitos. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* Maio-Abril de 2008, Vol. 16, 2, pp. 324-327.

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. 2001. *Cirurgia de ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento.* Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2001. 972-9425-98-1.

SANTOS, L. 2006. *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital.* Lisboa : Instituto de Apoio à Criança, 2006. 972-8003-23-4.

Anexo I- *Guia orientador para o telefonema*

HPP HOSPITAL DOS LUSÍADAS

(Etiqueta)

Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24

- Identificação -

Nome: _____ Idade: _____

Nome da pessoa significativa: _____ Parentesco: _____

Morada: _____

Contacto: _____

- Dados do Internamento -

Data de Admissão: ___/ ___/ 20___ Hora: ___:___

Cirurgia: _____

Cirurgião: _____

Anestesista: _____

Data da Alta: ___/ ___/ 20___ Hora: ___:___

Cuidados efectuados no internamento:_____

Cuidados a efectuar no domicílio: _____

Data de consulta de especialidade: ___/ ___/ 20___

- Contacto Telefónico -

Enfermeiro(a): _____ Data: ___/ ___/ 20___ Hora: ___:___ Não atendeu ☐

Tem sentido dor? Não ☐ Sim ☐

Tem feito analgésicos? Não ☐ Sim ☐ Qual? _____ Frequência? _____

Tem tido febre? Não ☐ Sim ☐

Alimentação: Tolera ☐ Náuseas ☐ Vómitos ☐ Obs._____

Penso Cirúrgico: Limpo ☐ Repassado ☐

Presença de hemorragia? Não ☐ Sim ☐ Obs._____

Local da cirurgia: Edema? Não ☐ Sim ☐

Tem urinado? Não ☐ Sim ☐ Tem evacuado? Não ☐ Sim ☐

Encaminhamento: Urgência ☐ Médico Assistente ☐ Cuidados no domicílio ☐ Outro ☐

Observações: _____

- Controlo de Qualidade -

Considera útil este telefonema? Sim ☐ Não ☐ _____

Sugestões para melhorar os cuidados: _____

_____

Anexo II- *Representação gráfica dos resultados dos telefonemas*

Gráfico 1- Distribuição das cirurgias ambulatórias por área de especialidade

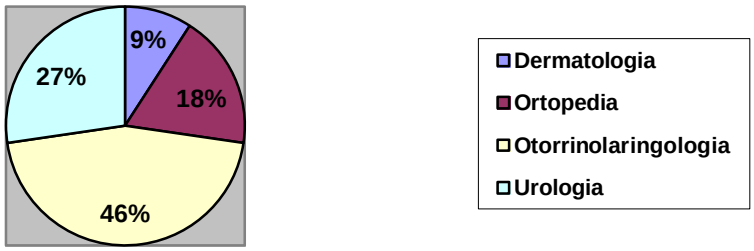


Gráfico 2- Número de contactos efectuados (total = 11 contactos)

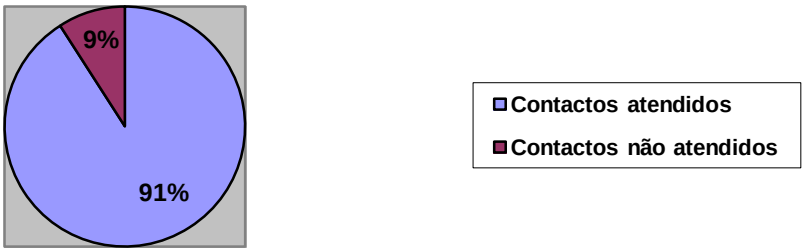


Gráfico 3- Pertinência do contacto

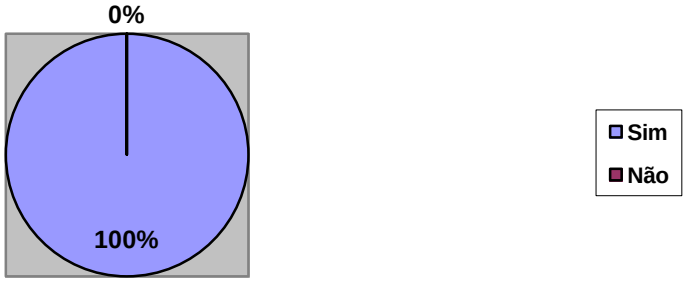
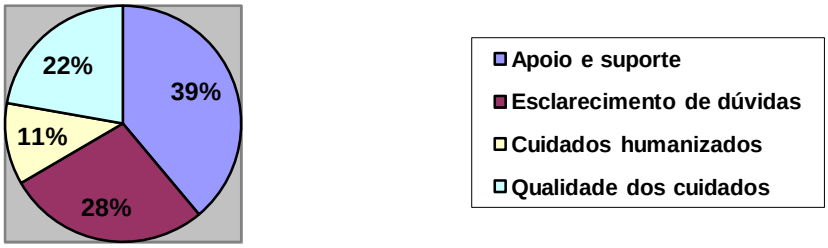


Gráfico 4- Justificações da pertinência dos contactos



Anexo 5- Norma Hospitalar "*Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24*"

NORMA HOSPITALAR:	Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24	
NORMA N.º Versão n.º 1	Elaborado por: Magda Fachadas (*aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa*).	Aprovado por:
A rever em: 20____	Data: 20/11/2010	Data: / / 20

1. ÁREA:

Gestão, Organização e Funcionamento do Serviço

Prestação de Cuidados

Continuidade de Cuidados

Garantia da Qualidade e Segurança

2.NOME:

Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24

3.ÂMBITO:

Internamento de Pediatria

4.OBJECTIVOS:

- Implementar a realização de um contacto telefónico 24 horas após a alta da criança/ jovem submetida a cirurgia ambulatória;
- Despistar complicações no pós-operatório no domicílio;
- Esclarecer dúvidas que surjam no pós-operatório no domicílio;
- Melhorar a qualidade dos cuidados ao cliente pediátrico e sua família;
- Fidelizar os clientes.

5.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

David Cohen e John Dillon, introduziram o conceito de cirurgia ambulatória no início dos anos 60, cifrando que o princípio que orienta toda a cirurgia de ambulatório é a "Segurança" (PORTUGAL, 2001 p. 5).

Segundo o referido documento da Direcção Geral de Saúde (2001),

> "*Cirurgia de Ambulatório é a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais leges artis, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia*." (PORTUGAL, 2001 p. 7).

Desta forma, uma cirurgia de ambulatório implica que o cliente venha do seu domicilio, seja intervencionado nesse mesmo dia, regressando algumas horas após ao seu domicílio na companhia dos seus familiares. Significa assim que o cliente fica apenas algumas horas no hospital.

De certa forma, isto vai ao encontro do primeiro artigo que orienta a Carta da Criança Hospitalizada, estabelecendo que "*A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia*" (SANTOS, 2006 p. 27).

Isto porque, a hospitalização e a doença contribuem para a vulnerabilidade da criança/jovem, devido ao imposto afastamento do seu quotidiano e do ambiente familiar, o confronto com a dor e os sentimentos de punição e medo que constituem a primeira crise que a criança/jovem tem de enfrentar (HOCKENBERRY, 2006) .

Considerando este aspecto, existem inúmeras intervenções cirúrgicas e exames diagnósticos que podem ser realizados em regime ambulatorial. E desta forma, para além dos benefícios económicos e operacionais, a cirurgia de ambulatório pediátrica também confere maiores vantagens para a criança/jovem e família, uma vez que os impactos psicológicos e emocionais de uma hospitalização são minorados.

Contudo, julgamos que apesar das referidas vantagens, há sempre alguns riscos adjacentes à alta precoce. Daí surgir a necessidade de criar este projecto de monitorização das crianças submetidas a cirurgia em contexto ambulatório, 24 horas após a sua alta para o domicílio.

Oliveira faz referência a vários autores (Oliveira, 1999; Reimer et al, 1987; Mangram et al, 1999; Sheretz, 1992), que relatam que o método mais adequado para realizar esta vigilância após a alta para o domicílio, depende das características de cada instituição (OLIVEIRA, et al., 2003 p. 49).

Oliveira e Carvalho (2007), relativamente à metodologia mais conveniente, reforçam ainda que é "*imprescindível que cada instituição adopte aquele que melhor condiz com a sua realidade (infra-estrutura, recursos humanos, espaço físico etc.), sem, no entanto, deixar de realizar algum tipo de vigilância*." (OLIVEIRA, et al., 2007 p. 2).

Desta forma, julgamos que para se dar inicio a este projecto, a metodologia mais adequada e disponível será o contacto telefónico, na medida em que sem ter que mobilizar muitos recursos,

conseguir-se-á dar continuidade aos cuidados, garantindo uma avaliação permanente da condição geral da criança/jovem, bem como esclarecer qualquer dúvida que possa surgir no pós-operatório. E como grande objectivo, contribuir para a qualidade dos cuidados à criança/jovem e família.

Esta é uma linha que tem por objectivo realizar um contacto telefónico para a criança/jovem e família 24 horas após ter sido sujeita a uma intervenção cirúrgica de ambulatório.

Desta forma, esta linha irá permitir a continuidade dos cuidados e garantir uma avaliação permanente da condição geral da criança/jovem, bem como o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir no pós-operatório.

2.1- O suporte social neste projecto

O suporte social surge neste projecto nas suas três vertentes definidas por Pais Ribeiro, instrumental, informativo e emocional.

Interessa então, rever alguns conceitos.

A história do suporte social e dos seus conceitos é relativamente recente, no entanto, já envolve dois períodos. O primeiro decorre desde o início do século XX até aos anos sessenta, que inclui contribuições de estudos realizados na área da psicologia e da sociologia. O segundo período diz respeito às origens do movimento comunitário (NUNES, 2005).

Pais-Ribeiro (1999) citando Sarason (1983) define suporte social como "*a existência ou disponibilidade de pessoas em que se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós*" (PAIS-RIBEIRO, 1999 p. 547).

Dunst e Trivette (1990) também abordado por Pais-Ribeiro (1999) referem que suporte social são os recursos ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (por exemplo a família) em resposta aos pedidos de assistência.

Paixão e Oliveira (1996) aludidos por Nunes (2005) conceptualizam que o suporte social fornecido pelas relações sociais contribui para o bem estar do indivíduo e abranda o efeito que as situações adversas podem provocar.

Actualmente, esta temática do suporte social suscita o interesse de diferentes áreas de investigação, entre elas a Enfermagem.

Os cuidados de enfermagem à Família, tem como pressuposto o cuidado à família no seu contexto cultural e nas suas diversidades físicas, psíquicas, emocionais e sociais.

Desta forma, "*o cuidado visa a promoção da saúde da família, fortalecendo seus*

mecanismos de enfrentamento, conferindo autonomia por meio do esclarecimento e proporcinando bem estar, qualidade de vida não idealizada, porém, dentro das suas condições de existência" (PEDRO, et al., 2008 p. 326).

Barrón (1996) abordado por Martins (2005), sugere uma perspectiva funcional do suporte social que é constituído por três níveis, o suporte formativo, o suporte instrumental e o suporte emocional, esta linha de pensamento também é defendida por Pais-Ribeiro (1999).

O suporte formativo, é considerado como o processo através do qual as pessoas recebem informação e orientações que as ajuda a compreender o seu mundo e as mudanças que nele ocorrem (MARTINS, 2005).Neste âmbito importa intervir, promovendo o papel parental, no sentido da promoção da autonomia e poder de decisão acerca dos recursos internos e externos, disponíveis para dar resposta às transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da criança/ jovem, e das transições saúde/ doença.

O suporte instrumental baseia-se nas acções e materiais proporcionados por outros, que resolvem problemas práticos e facilitam a realização de tarefas quotidianas, como por exemplo, os recursos (legislação, família, segurança social, associações e instituições de apoio, infantários) e acessibilidades existentes e disponíveis. Contudo este suporte só é efectivo quando quem o recebe percepciona a ajuda como apropriada (MARTINS, 2005).

O suporte emocional diz respeito aos comportamentos e relações que originam sentimentos de bem-estar afectivo e psicológico, fazendo com que a pessoa se sinta considerada, respeitada e querida (MARTINS, 2005).

Após esta clarificação de conceitos, é perceptível de que forma este projecto vai actuar nas três unidades funcionais do suporte social. Ou seja, com a implementação deste projecto, o telefonema efectuado 24 horas após a alta de crianças submetidas a cirurgia ambulatória vai permitir promover autonomia, segurança e poder de decisão às famílias cuidadoras, bem como proporcionar um momento de esclarecimento de dúvidas. A equipa de enfermagem funcionará como um recurso a quem os pais/família poderão recorrer, originando os referidos sentimentos de bem-estar e sensação de que estão acompanhados mesmo já se encontrando no domicílio.

6.PROCEDIMENTOS

Recursos:

- Enfermeiro do Internamento de Pediatria;
- Telefone;
- Agenda de marcação dos contactos a realizar;
- Check-list Cirurgia Ped24 (Anexo I);
- Dossier de arquivo dos contactos telefónicos.

Procedimento:

- Dia da alta:
  - Validar com a família da criança/jovem os dados do campo "Identificação" referente à Check-list "Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24";
  - Preencher o campo "Dados do Internamento" da Check-list "Linha Directa Cirurgia Pediátrica 24";
  - Proceder ao agendamento do contacto telefónico para 24 horas após a alta, em agenda própria;

- Dia seguinte à alta:
  - Efectuar o contacto telefónico 24 horas após a alta (preferencialmente no turno da tarde);
  - Proceder à entrevista seguindo o campo "Contacto Telefónico" e "Controlo de Qualidade";
  - Efectuar os ensinos necessários ou respectivo encaminhamento da criança/jovem e sua família;
  - Proceder ao arquivamento da check-list no processo do cliente (que deve permanecer no serviço 24 horas depois da alta) ou na impossibilidade de o fazer, arquivar em dossier próprio para o efeito;
  - Ponderar agendamento de novo contacto dependendo da data da consulta com o médico da especialidade.

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

HOCKENBERRY, M.J. 2006. *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* 7.ª edição. São Paulo : Elsevier Editora, 2006. 85-352-1918-8.

MARTINS, R. 2005. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium: revista do ISPV.* Maio de 2005, 31, pp. 128-134.

NUNES, M. 2005. Apoio social na diabetes. *Millenium: revista do ISPV.* Maio de 2005, 31, pp. 135-149.

OLIVEIRA, A.C. e CARVALHO, D.V. 2007. Avaliação da subnotificação da infecção do sítio cirúrgico evidenciada pela vigilância pós-alta. *Rev. Latino-am Enfermagem.* Set./Out. de 2007, Vol. 15, 5.

OLIVEIRA, A.C., et al. 2003. pós-alta do paciente cirúrgico: uma análise da importância da subnotificação Seguimento da incidência da infecção do sítio cirúrgico. *REME- Rev.Min.Enf.* Jan./Jul. de 2003, Vol. 7, 1, pp. 48-51.

PAIS-RIBEIRO, J. 1999. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica.* 1999, Vol. 3, 17, pp. 547-558.

PEDRO, I.C. S., ROCHA, S.M.M. e NASCIMENTO, L.C. 2008. Apoio e Rede Social em Enfermagem Familiar: revendo conceitos. *Revista Latino Americana de Enfermagem.* Maio-Abril de 2008, Vol. 16, 2, pp. 324-327.

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. 2001. *Cirurgia de ambulatório: recomendações para o seu desenvolvimento.* Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2001. 972-9425-98-1.

SANTOS, L. 2006. *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital.* Lisboa : Instituto de Apoio à Criança, 2006. 972-8003-23-4.

Anexo 6- Guia de Acolhimento "Internamento de Pediatria"

Guia de Acolhimento

Internamento de Pediatria



Aos pais e familiares:

A equipa de saúde do Internamento de Pediatria, vem por este meio dar-vos as boas vindas.

De modo a facilitar a integração neste serviço e diminuir a ansiedade e desconforto causados pelo ambiente hospitalar, pretendemos fornecer com este guia algumas orientações acerca da organização e funcionamento do mesmo.

Pretendemos igualmente, convidá-los a serem parceiros nos cuidados à vossa criança.

Desejamos rápidas melhoras e que o internamento decorra da melhor forma.

A Equipa da Unidade de Pediatria-
Internamento de Pediatria

O que é a Pediatria?

É uma especialidade da medicina que presta cuidados de saúde específicos do desenvolvimento da criança, desde o nascimento até à adolescência, nas vertentes preventiva e curativa. A qualidade de vida e um processo de desenvolvimento saudável da criança são actualmente as principais metas desta especialidade.

No Hospital dos Lusíadas, o Internamento de Pediatria garante a assistência à criança desde as primeiras horas de vida até aos 16 anos de idade, com a disponibilização de meios técnicos e humanos especializados, que visam a satisfação integral dos clientes que a nós recorrem.

A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou hospital de dia.

Carta da Criança Hospitalizada

Como chegar até nós?

O Hospital dos Lusíadas, encontra-se no Alto dos Moinhos, junto à Avenida Lusíada, em Lisboa.



Para sua maior comodidade e segurança, o Hospital dos Lusíadas dispõe de parque de estacionamento interior

O Internamento de Pediatria localiza-se no piso 3, do bloco B.

O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponde às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no pessoal e da segurança.

Carta da Criança Hospitalizada

A equipa de saúde

O Serviço de Internamento de Pediatria é dotado de uma vasta equipa de especialistas em Pediatria, com ampla experiência no acompanhamento, diagnóstico e tratamento.
Sempre disponíveis a esclarecê-lo acerca do estado de saúde da sua criança.

Coordenador: **Dr. G. R.**

Enf.ª Coordenadora: **Enf.ª A. M.**

As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.

Carta da Criança Hospitalizada

Horário das Visitas

A presença dos pais/ família e amigos são essenciais para a manutenção do equilíbrio emocional da criança.

É permitida a presença de um acompanhante durante as **24 horas**.

O horário das restantes visitas é das **10h às 20h**, sem imposição de tempo de visita ou número de visitantes por cliente.

No entanto, mediante a situação clínica da criança/jovem, cabe ao enfermeiro a decisão de proceder à alteração do regime de visitas.

Pedimos a vossa colaboração, na protecção da saúde do vosso filho!!!

Todas as visitas deverão fazer-se anunciar junto do enfermeiro responsável de turno antes de entrarem no quarto.

Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

Carta da Criança Hospitalizada

Alimentação

A dieta é personalizada e indicada pelo médico de referência, de acordo com a idade e situação clínica do seu filho, procurando-se respeitar os seus hábitos alimentares.

Não deverá trazer comida... mas se excepcionalmente trouxer um miminho deverá primeiro validar com a equipa de saúde se pode oferecer à criança



Horário das refeições

Pequeno-almoço: a partir das 9 horas
Almoço: entre as 12– 13 horas
Lanche: 17 horas
Jantar: 19horas
Ceia: 21horas

Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais (...) devem ser informados sobre as regras e rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

Carta da Criança Hospitalizada

Vestuário

Pode trazer a roupa que a criança usa habitualmente e em quantidade suficiente para se mudar quando necessário.
É conveniente que a roupa seja prática e confortável.





Igualmente poderá trazer alguns objectos pessoais da sua criança como a escova de dentes, pasta dentífrica, escova para o cabelo.

Para que o seu filho não se sinta no ambiente totalmente estranho poderá trazer um brinquedo ou objecto significativo.



As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ser reunidas por grupos para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.

Carta da Criança Hospitalizada

Serviço de Bar e Refeitório

Localiza-se no piso 0, bloco B.

Horário de funcionamento:



BAR

2.ª a 6.ª feira– das 7h30 às 21h30
Sáb./ Dom./ Feriados– das 8h às 21h30

REFEITÓRIO

Almoço- das 12h às 15h
Jantar– das 19h às 21h30

Devem evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

Carta da Criança Hospitalizada

Serviços Ecuménicos

O Hospital dos Lusíadas conta com um espaço ecuménico, situado no piso 0 junto à recepção central, destinado a acolher clientes de qualquer religião. Este espaço poderá ser frequentado sempre que sinta necessidade

Contamos ainda com o apoio do Capelão da Igreja Católica de Benfica, que é contactado pela equipa de saúde caso o solicite.

A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.

Carta da Criança Hospitalizada

Serviço de Papelaria

O Hospital dos Lusíadas dispõe do Serviço de Papelaria, localizado no piso 0, junto à entrada principal.

Horário de funcionamento:



Diariamente das 9 às 19 horas

A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

Carta da Criança Hospitalizada

Contactos:

Quando não poder acompanhar o seu filho durante o internamento, poderá obter informações pelo seguinte número:



21 770 40 40
Extensão– 10342

As informações telefónicas são dadas exclusivamente aos pais ou responsáveis pela criança.

A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.

Carta da Criança Hospitalizada



Realizado por:

Magda Lemos Fachadas (*aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa*).

Anexo 7- Norma Hospitalar "Acolhimento do cliente pediátrico e sua família"

HPP HOSPITAL DOS LUSÍADAS

NORMA HOSPITALAR: Acolhimento do cliente pediátrico e sua família		
NORMA N.º Versão n.º **1**	**Elaborado por:** Magda Fachadas (*aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa*).	**Aprovado por:**
A rever em: **20**____	Data: / / 20	Data: / / 20

1. ÁREA:

Gestão, Organização e Funcionamento do Serviço

Prestação de Cuidados

Garantia da Qualidade e Segurança

2.NOME:

Acolhimento do cliente pediátrico e sua família

3.ÂMBITO:

Internamento de Pediatria

4.OBJECTIVOS:

Uniformizar os procedimentos relativos ao acolhimento do cliente pediátrico e sua família;

5.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Acolher deriva do latim "accolligére" que significa receber quem chega (Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea, 2001), para Honoré consiste na "*recepção feita a alguém, àquele que chega como um desconhecido*" (HONORÉ, 2004 p. 214).

Para Apache (2000) citado por Santos (2006),

> "*Acolher é aceitar o outro no que tem de específico, de particular, de único. E compreender, sem que tenha necessidade de se expressar, é acompanhar no*

> *seu percurso. Acolher não é um dom, é uma competência profissional. É também uma competência de uma equipa de profissionais capazes de se reunir à volta dum projecto de acolhimento de que a criança é o centro*." (SANTOS, 2006 p. 96).

O acolhimento decorre não só no acto inicial de admissão da criança/jovem e família no hospital, como também deve prosseguir no dia-a-dia, aquando dos cuidados de enfermagem.

Para Honoré, o acolhimento é por vezes experienciado,

> "*… entre o enclausuramento e a abertura. O outro é muitas vezes recebido com as normas de quem o acolhe, que o absorve com as suas palavras, os seus gestos, as suas atitudes. As suas representações, as suas concepções, esquecendo que ele próprio é acolhido. O acolhido assume a formalidade conveniente à norma, prevista por quem acolhe, para aquilo que há para fazer*." (HONORÉ, 2004 p. 215).

Desta forma, é importante proporcionar um acolhimento assente num momento de reciprocidade, acolhendo a criança/jovem e família e deixando-se igualmente acolher, promovendo uma relação empática e terapêutica.

Para Curado em Santos (2006), a partir do momento em que a família se sente compreendida nas suas necessidades, o relacionamento estabelecido com a equipa evolui para a construção de uma "*dinâmica de respeito e confiança*" (SANTOS, 2006 p. 22).

Para a mesma autora, o primeiro contacto que se estabelece com a criança e família é decisivo para que esta relação de confiança e cuidado seja cimentada. Ao longo do percurso da hospitalização os pais e as crianças valorizam todos os pormenores, "…*notarão o tom de voz, linguagem e todos os indicadores não verbais como a postura, o vestuário, a expressão facial (…) É a partir do que foi vivenciado na primeira interacção que a relação de ajuda se estabelece ou não*" (SANTOS, 2006 p. 23).

Para Santos (2006), o acolhimento de uma criança e respectiva família num hospital não se resume a aspectos médicos, isto porque existem factores envolvidos que pretendem colocar em questão uma prestação de cuidados de qualidade, não somente técnica, mas também humana.

A Carta da Criança Hospitalizada, constituída por dez princípios, procura clarificar um conjunto de direitos da criança, que uma vez garantidos, asseguram a excelência do acolhimento e estadia da criança/família no hospital, e que em simultâneo com a excelência do desempenho técnico e científico, cooperam para uma prestação de cuidados de qualidade à criança hospitalizada (Santos, 2006).

Assim, é importante reconhecer a criança/jovem e família como indivíduos únicos e favorecer a sua implicação nos cuidados para que se sintam como parte integrante do processo, bem como considerar que para além do acolhimento às crianças nas suas circunstâncias de doença, também se deve promover a educação para aumentar o seu potencial de decisão informada acerca da

saúde.

Martinez et al, defende que para promover a capacitação/empowerment dos pais no cuidado ao filho doente, é importante *"(…) produzir e ofertar recursos educativos e terapêuticos (…)"* (MARTINEZ, et al., 2007 p. 74). Estes recursos constituem o suporte informativo, isto porque tal como Matsukura et al argumenta *"Enquanto os membros da família são responsáveis pela maior promoção de suporte emocional e prático, os serviços de assistência promovem maior suporte informacional."* (MATSUKURA, et al., 2007 p. 417).

6.PROCEDIMENTOS

Material:

- Guia de acolhimento.

Procedimento:

Após a recepção do contacto telefónico da administrativa da recepção central a informar a chegada do cliente pediátrico e sua família:

- O enfermeiro que vai ficar responsável pela criança/ jovem deve dirigir-se à recepção central para acompanhar o cliente pediátrico até ao serviço de Internamento de Pediatria;
- O enfermeiro deve apresentar-se e validar o nome pelo qual a criança prefere ser tratada;
- Indicar à família o elevador e respectivo acesso ao serviço de Internamento de Pediatria;
- Apresentar o espaço físico da instituição (indicando bar, espaço de serviços ecuménicos…);
- Apresentar a equipa de serviço que esteja presente no Internamento de Pediatria;
- Apresentar o quarto onde vão ficar instalados, bem como o funcionamento de comandos, campainha, estores e interruptores.
- Informar acerca da dinâmica do serviço;
- Informar o tipo de participação que se pretende que os pais tenham ou que podem ter;
- Entregar aos pais/família o guia de acolhimento, para uma leitura da informação fornecida mais tranquila e aprofundada;
- Efectuar a validação da informação transmitida, bem como a sua compreensão;
- Esclarecer eventuais dúvidas.

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea. **LISBOA, ACADEMIA DE CIÊNCIAS DE. 2001.** Lisboa : Verbo Editora, 2001.

HONORÉ, B. 2004. *Cuidar.* Lisboa : Lusociência Edições, 2004.

MARTINEZ, C.M.S., et al. 2007. Suporte Informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. *Rev. bras. fisioter.* Jan./Fev. de 2007, Vol. 11, 1, pp. 73-81.

MATSUKURA, T.S., et al. 2007. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Rev.Bras.Ed.Esp.* Set./Dez. de 2007, Vol. 13, 3, pp. 415-428.

SANTOS, L. 2006. *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital.* Lisboa : Instituto de Apoio à Criança, 2006. 972-8003-23-4.

Anexo 8- Relatório de Formação "Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital"



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Relatório de Formação

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Lisboa, Janeiro de 2010

ÍNDICE

1. Planificação da formação..... 3
2. Plano de formação..... 5
3. Avaliação..... 6

Anexo 1- Diagnóstico das Necessidades de Formação..... 8
Anexo 2- Resultados do Diagnóstico das Necessidades de Formação..... 9
Anexo 3- Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação..... 10
Anexo 4- Diapositivos da Sessão de Formação..... 11
Anexo 5- Questionário de Avaliação da Sessão de Formação..... 12
Anexo 6- Resultados da Avaliação da Sessão de Formação..... 13

1. Planificação da Formação

1. DATA, DURAÇÃO E LOCAL DE REALIZAÇÃO

Data: 6 de Janeiro de 2011 **Duração**: 60 minutos **Local:** Auditório HPP- Hosp. Lusíadas

2. INSTITUIÇÃO / SERVIÇO

Hospital dos Lusíadas- Unidade de Atendimento Urgente Pediátrica

3. FUNDAMENTAÇÃO DA PERTINÊNCIA

A mensuração da dor como quinto sinal vital tem sido defendida como medida a instituir em todos os contextos de trabalho e em todos os beneficiários de cuidados de enfermagem, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Esta medida, para além de uma recomendação da Ordem dos Enfermeiros, constitui uma directriz da Direcção Geral de Saúde.

A avaliação sistemática da dor é crucial para uma actuação preventiva e terapêutica efectiva da mesma, bem como a sensibilização das equipas de saúde e a educação das famílias para o controlo da dor.

Este último factor é de extrema importância quando falamos no utente pediátrico e sua família. O fenómeno da dor como gerador de medos, ansiedade e stress vai exigir das equipas de enfermagem disponibilidade para ser o suporte emocional, informativo e instrumental das famílias e suas crianças.

Dada esta importância, melhorar a formação dos profissionais de saúde na abordagem à dor, é um dos objectivos do Programa Nacional de Controlo da Dor determinado pela Drecção-Geral da Saúde.

Foi realizada a aplicação de um questionário (Anexo 1) à equipa de enfermagem da Unidade de Atendimento Urgente Pediátrica, que visou a avaliação das necessidades formativas da equipa relativamente à temática em questão.

Os resultados analisados (Anexo 2) permitiram verificar que dos doze enfermeiros que responderam ao questionário, 83% revelaram bastante interesse relativamente à temática da dor em Pediatria. Somente 17% dos inquiridos teve formação anterior acerca da temática da dor, especificamente direccionada para a idade pediátrica, o que resulta em 92% de interessados em complementar a sua formação nesta área temática.

A sessão de formação foi preparada tendo em conta os resultados acima referidos (Anexo 4) e divulgada (Anexo 3) durante a semana anterior à exposição.

Constatando os factos referidos acima e os objectivos do Programa Nacional de Controlo da Dor, verificamos a importância e pertinência da abordagem desta temática junto da

equipa de enfermagem da Unidade de Atendimento Urgente Pediátrica do Hospital dos Lusíadas.

4. OBJECTIVOS GERAIS

- Facilitar a compreensão do fenómeno da dor na criança/jovem e família.

5. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar algumas definições do conceito da dor;
- Clarificar as etapas envolvidas no mecanismo da dor;
- Descrever as reacções da criança à dor nas diferentes idades;
- Apresentar algumas escalas de avaliação da dor adequadas à idade pediátrica;
- Abordar algumas medidas farmacológicas para o controlo da dor nas crianças.

6. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros da Unidade de Atendimento Urgente Pediátrica do Hospital dos Lusíadas

7. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

Metodologia de formação: Expositiva.

Metodologia de avaliação: Questionário.

Recursos materiais e pedagógicos: Slide-show: Power Point ®
Projector de diapositivos

2. Plano de Formação

TEMA: Dor em Pediatria	***PRELECTOR:*** Magda Fachadas

	Conteúdos	Metodologia	Tempo
Introdução	- Apresentação do tema; - Apresentação do prelector; - Exposição dos objectivos da sessão e sua pertinência.	Expositivo Slide-show: Power Point ®	*5 minutos*
Desenvolvimento	- Apresentação de algumas definições de dor; - Clarificação da fisiopatologia da dor e mecanismos envolvidos; - Descrição das reacções comportamentais das crianças nas diferentes faixas etárias à dor; - Apresentação de algumas escalas de avaliação da dor em pediatria; - Apresentação de algumas medidas não farmacológicas como estratégias de controlo da dor em pediatria; - A importância do suporte social na abordagem da dor, como promotor do papel parental.	Expositivo Slide-show: Power Point ®	*35 minutos*
Conclusão	- Debate e discussão dos participantes sobre o tema apresentado; - Entrega de questionário de avaliação da sessão de formação.	Expositivo Debate Questionário	*20 minutos*

3. Avaliação

A sessão de formação que foi desenvolvida dia 6 de Janeiro de 2011, teve a participação de sete enfermeiros da equipa da Unidade de Atendimento Urgente Pediátrica.

Baseado no questionário (Anexo 5) fornecido no final da sessão, foi possível efectuar uma avaliação fundamentada da mesma, documentada nas respostas obtidas.

Este questionário foi constituído por questões de escolha múltipla e questões abertas que visaram aferir se as expectativas da sessão de formação foram satisfeitas e melhorar o desempenho em futuras sessões.

Assim o questionário foi constituído na sua primeira parte por questões cujo objectivo foi caracterizar os sujeitos participantes, seguindo-se uma avaliação global da sessão e no final uma avaliação acerca das temáticas abordadas.

Desta forma, após a análise dos referidos dados (Anexo 6), é possível referir que os sete participantes eram maioritariamente do sexo feminino (86%) e 62% com idades compreendidas entre os 20 e 30 anos.

Dos sete apenas dois eram detentores do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Relativamente à análise da sessão, 86% dos participantes ficaram muito satisfeitos com a formação e a totalidade dos enfermeiros ajuizaram que os objectivos foram alcançados, tendo a sessão correspondido às expectativas de todos os intervenientes.

No que diz respeito aos conteúdos abordados na sessão de formação foram considerados maioritariamente (71%) de bastante interesse e somente 14% considerou o tempo de exposição dos temas insuficiente.

A totalidade dos participantes considerou que os conteúdos abordados serviram para a aquisição de novos conhecimentos, sendo que 43% referiu conhecer relativamente todas as temáticas abordadas. Julga-se da leitura destes dados que apesar de quase metade dos participantes já conhecerem as temáticas abordadas, existiram aspectos que contribuíram para o desenvolvimento desse conhecimento.

Relativamente aos 57% dos participantes que referiram desconhecer a totalidade das temáticas, salientaram que as matérias que menos dominavam eram: algumas das escalas da dor apresentadas (3 participantes); algumas reacções das crianças numa situação de dor referidas (1 participante); algumas das estratégias não farmacológicas de minimização da dor abordadas (2 participantes); mecanismo da dor (2 participantes).

Dos temas abordados, os enfermeiros participantes mencionaram que as temáticas a constituírem maior utilidade na sua prática diária eram: despiste de sinais de dor na criança, referido por quatro participantes; a aplicabilidade das escalas, referido por cinco participantes; as medidas não farmacológicas, abordadas por quatro enfermeiros.

Os aspectos positivos destacados pelos participantes prenderam-se com a clareza da informação transmitida, a pertinência dos conteúdos e a relação que foi estabelecida com a

temática do suporte social, sendo do conhecimento dos participantes que este era o tema base do projecto desenvolvido na Unidade de Atendimento Urgente Pediátrica.

Anexo 1- *Diagnóstico das Necessidades de Formação*

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diagnóstico das Necessidades de Formação

(Urgência Pediátrica)

Este breve questionário enquadra-se no Processo de Diagnóstico de Necessidades de Formação que a aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa está a elaborar, com vista à preparação da sessão de formação que pretende desenvolver. A sua opinião é muito importante para garantir a identificação das reais necessidades de formação da equipa de enfermagem e uma correcta adequação dos conteúdos da sessão formativa.

Desde já a aluna agradece o contributo e o tempo dispensado no preenchimento do presente questionário.

Assinale as suas opções com (x)

1. CARACTERIZAÇÃO

1.1. Sexo

☐ Masculino
☐ Feminino

1.2. Assinale a faixa etária em que se encontra

☐ Entre 20 e 30 anos
☐ Entre 30 e 40 anos
☐ Entre 40 e 50 anos
☐ Mais de 50 anos

1.3. É Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica?

☐ Sim
☐ Não

2. ACERCA DA TEMÁTICA, DOR EM PEDIATRIA

2.1. Qual o seu interesse acerca da dor em pediatria?

- ☐ Nenhum interesse
- ☐ Pouco interesse
- ☐ Muito interesse
- ☐ Bastante interesse

2.2. Já teve formações anteriores acerca da dor em pediatria?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2.3. Sente necessidade de complementar a sua formação relativamente à temática da dor em pediatria?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2.4. Que medidas não farmacológicas de controlo da dor conhece e utiliza na sua prática?

_____

_____

Obrigado pela sua colaboração, Enf.ª Magda Fachadas

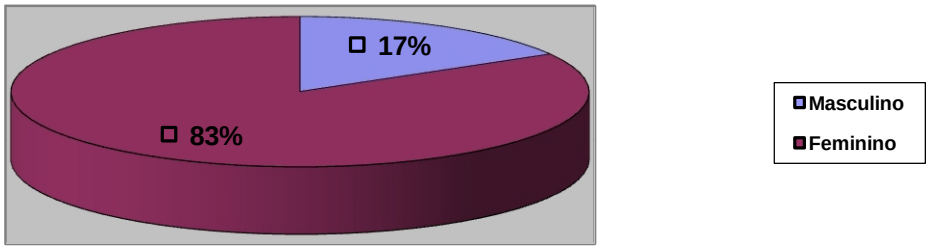
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Anexo 2- *Resultados do Diagnóstico das Necessidades de Formação*

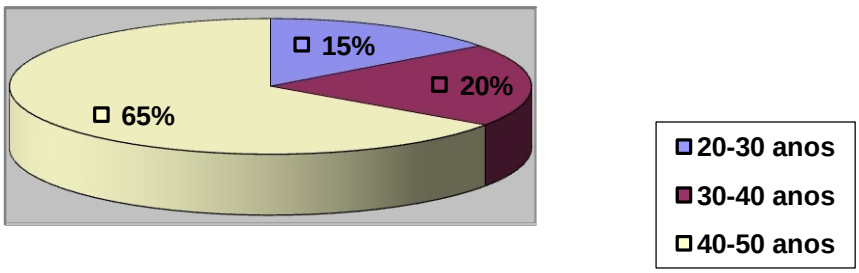
Resultados do Diagnóstico das Necessidades de Formação

1. Caracterização dos sujeitos (n= 12)

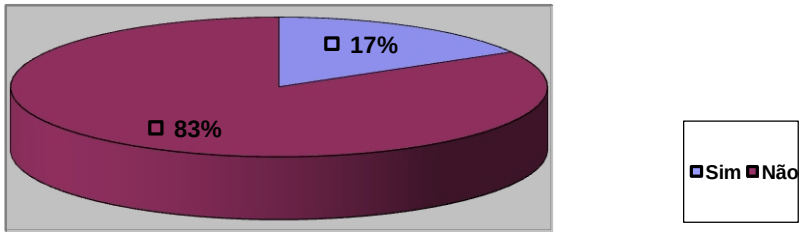
1.1. Variável: sexo



1.2. Variável: faixa etária

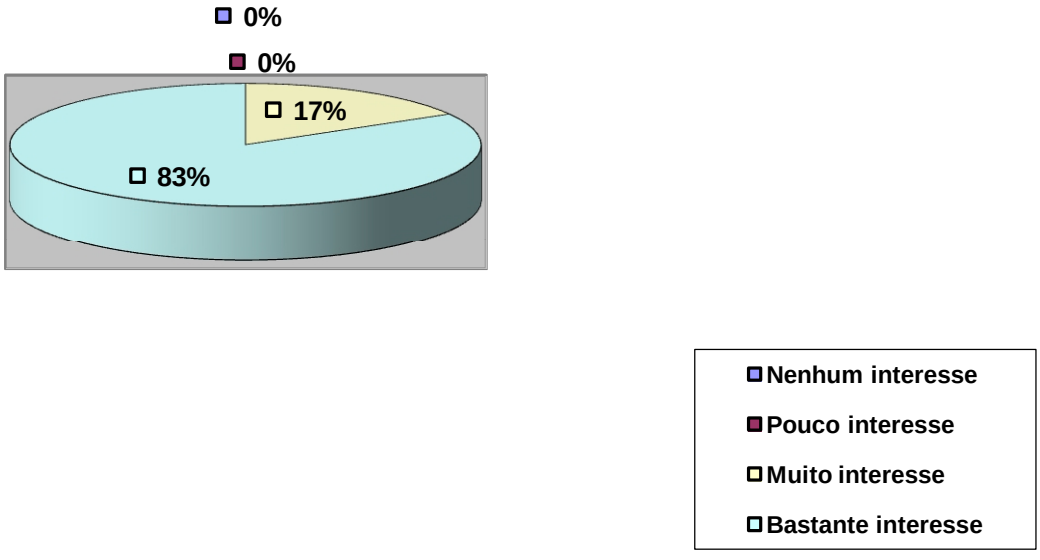


1.3. Variável: Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

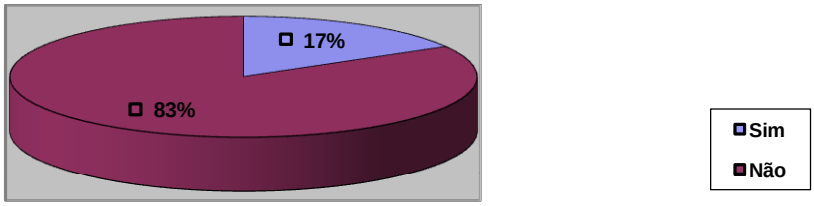


2. Dor em Pediatria (n=12)

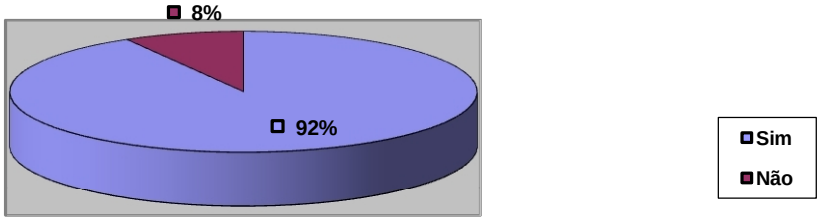
2.1- Variável: Interesse na área temática (Dor em Pediatria)



2.2. Variável: Formação anterior acerca da área temática (Dor em Pediatria)



2.3. Variável: Necessidade de complementar formação na área temática (Dor em Pediatria)



2.4- Medidas de controlo da dor não farmacológicas conhecidas e aplicadas na prática

Distracção
Brincadeira
Contenção, mimo
Conversar acerca de assuntos do interesse da criança
Sacarose

Anexo 3- Cartaz de Divulgação da Sessão de Formação

SESSÃO DE FORMAÇÃO

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital



A realizar dia **6 de Janeiro de 2011** pelas **14 horas**

Local: Auditório do Hospital dos Lusíadas (piso 1)

Magda Fachadas
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde de Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa

Anexo 4- Diapositivos da sessão de formação

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Elaborado por: Magda Fachadas- *Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa*
Sob orientação de: Enfermeira Anabela Menezes
Sob tutoria de: Professora Judite Vaz

Objectivos:

1. Apresentar algumas definições de dor;
2. Clarificar o mecanismo da dor;
3. Descrever as reacções da criança à dor nas diferentes fases do desenvolvimento;
4. Apresentar algumas escalas de avaliação da dor na idade pediátrica;
5. Abordar medidas não farmacológicas de controlo da dor nas crianças.

Definições de dor

"é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com destruição tecidual actual ou potencial, ou descrita em termos dessa destruição."

(International Association for the Study of Pain, 1979)

"uma sensação individual e muito pessoal do ser humano, que se manifesta mediante uma resposta fisiológica; é uma sensação, mas também um fenómeno emocional que leva a um comportamento de fuga e protecção, afectado por variações biológicas, intelectuais, emocionais e culturais".

(Torritesi e Vendrúsculo, 1998: 50)

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Definições de dor (cont.)

"é um fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a expressão do sofrimento. Muito para além da sensação, ela é uma percepção moldada pela personalidade dos que sofrem e pelos contextos sociais que a rodeiam."

(Deodato, 2003: 29)

"O 5.º sinal vital"

(Direcção-Geral de Saúde, 2003)

Definições de dor (cont.)

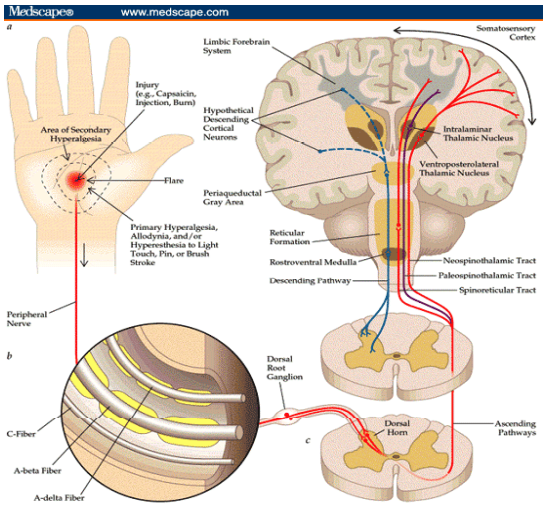
"é um tipo de sensação com as características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva do sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tónus muscular, variação da apatia à rigidez, tratamento autoprotector, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção marcado por gemidos, choro, andar a passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades..."

(ICN, 2006)

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Fisiopatologia da dor

- **Transducção**
- **Transmissão**
- **Percepção**
- **Modulação**

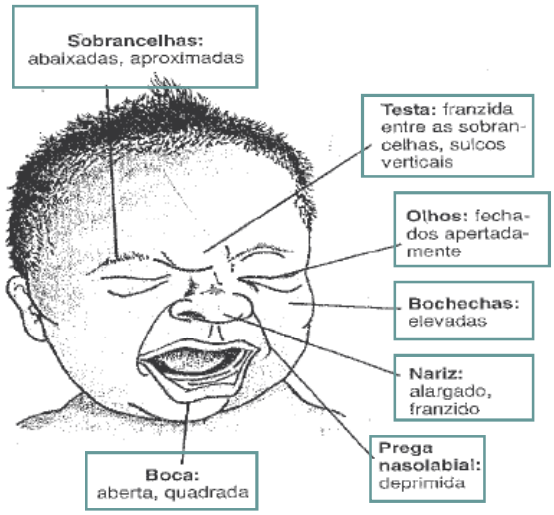


Fonte: www.medscape.com

Reacções das crianças

LACTENTE

- Rigidez corporal ou agitação
- Choro alto
- Expressão facial de dor
- Não associa posteriormente o estímulo à sensação de dor



Fonte: Algren in *Hockenberry*, 2006:643

Reacções das crianças (cont.)

TODDLER E PRÉ-ESCOLAR

- Choro alto, gritos
- Expressões verbais "Ui", "Ai", "Isso dói"
- Agitação de braços
- Empurra o estímulo doloroso para longe
- Não coopera, pede para parar
- Estes comportamentos podem preceder o procedimento doloroso

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Reacções das crianças (cont.)

ESCOLAR

- Todos os comportamentos anteriores, mas durante o procedimento doloroso e não tanto por antecipação
- Comportamento de esquivez
- Rigidez muscular, punhos cerrados, articulações dos dedos pálidos, dentes cerrados, membros contraídos, olhos fechados, testa franzida.

Reacções das crianças (cont.)

ADOLESCENTE

- Menos protesto verbal
- Menos actividade motora
- Mais verbalização quanto à descrição da dor
- Maior tensão muscular
- Auto-controle

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Escalas de avaliação da dor

A DGS preconiza que:

"o registo sistemático da intensidade da Dor; a utilização para a mensuração da Dor, de (…) escalas validadas internacionalmente(…); a inclusão na folha de registo dos sinais vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor."

(Direcção-Geral da Saúde, 2003)

Escalas de avaliação da dor (cont.)

- Escala visual analógica (EVA)
- Escala de EDIN
- Escala de DESS
- Escala de avaliação numérica (EAN)
- Escala de NIPS
- Questionário de MPQ
- Escala qualitativa
- Escala NFCS reduzida
- Inventário BPI
- Escala de Faces Wong Baker
- Escala de OPS
- ...
- Escala de Faces revista
- Escala de FLACC

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Escalas de avaliação da dor (cont.)

NIPS (Neonatal Infant Pain Score)

	Descrição
Expressão facial	
0 –Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).
Choro	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choraminguo	Choraminguo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
Respiração	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
Braços	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Pernas	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rapida.
Estado de vigília	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Fonte: *PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.*

Escalas de avaliação da dor (cont.)

EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)

Rosto	1.Rosto calmo 2.Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/ lábios contraídos/ queixo franzido/ queixo trémulo 3.caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 4.crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
Corpo	1.corpo calmo 2.agitação transitória, geralmente calmo 3.agitação frequente, mas acalma-se 4.agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
Sono	1.adormece facilmente, sono prolongado, calmo 2.adormece com dificuldade 3.acorda espontaneamente e frequentemente, sono agitado 4.não adormece
Interacção	1.atento 2.apreensão passageira no momento do contacto 3.contacto difícil, grito à menor estimulação 4.recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
Reconforto	1.sem necessidade de reconforto 2.acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta 3.acalma-se dificilmente 4.inconsolável. Sucção desesperada
Score total =	

Adaptado de: *PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.*

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Escalas de avaliação da dor (cont.)

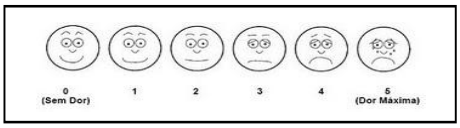
FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Posição normal ou relaxada	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos
CHORO	Ausências de choro (acordado ou adormecido)	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar
Pontuação total =			

Adaptado de: *PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.*

Escalas de avaliação da dor (cont.)

Escala de FACES

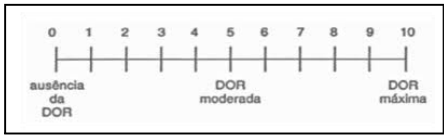


Fonte: *PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º9/ DGCG de 14/6/2003. p.3.*

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Escalas de avaliação da dor (cont.)

Escala Numérica



Fonte: *LOPES C.O., MAS J.R., ZÂNGARO R.A.- Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso de laser de baixa potência. Radiol. Bras. 39 (2). 2006. p. 133.*

Escalas de avaliação da dor (cont.)

ESCALA OPS (Objective Pain Scale)

Criteria	Finding	Points
Blood pressure	±10% of preoperative value	0
	>20% of preoperative value	1
	>30% of preoperative value	2
Crying	Not crying	0
	Crying, but stops with tender, loving care	1
	Crying without stopping, does not respond to tender, loving care	2
Movements	None	0
	Restless	1
	Thrashing around	2
Agitation	Asleep or calm	0
	Mild agitation	1
	Hysterical	2
Verbalization of pain	Asleep or states no pain	0
	States there is pain but cannot localize	1
	Can localize pain	2

Fonte: *Hannallah R Broadman L et al. Comparison of caudal and ilioinguinal/iliohypogastric nerve blocks for control of post-orchiopexy pain in pediatric ambulatory surgery. Anesthesiol. 1987; 66: 832-834.*

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

			HORAS		
ITEM 1	Choro e/ou gritos (*batimdos de choro com ou sem acesso de lágrimas*)	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Parece manifestar-se mais do que habitualmente	1	1	1
		Choro e/ou gritos aquando de manipulações ou gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		Choro e/ou gritos espontâneos e claramente não habituais	3	3	3
		Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 acompanhado de manifestações neurovegetativas (taquicárdia, bradicárdia, suores, rash cutâneo ou acesso de palidez	4	4	4
ITEM 2	Reacção de defesa, coordenada ou não, ao examinar uma zona presumivelmente dolorosa (*o toque, a palpação ou a mobilização desencadeiam na reacção motora, coordenada ou não que se pode interpretar como uma reacção de defesa*)	Reacção habitual	0	0	0
		Parece reagir de forma não habitual	1	1	1
		Movimento de retracção indiscutível e não habitual	2	2	2
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com contorções e/ou gemidos	3	3	3
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com agitação, gritos e choro	4	4	4
ITEM 3	Mímica dolorosa (*expressão da face traduzindo dor, um rir paradoxal pode corresponder a uma expressão dolorosa*)	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Fácies inquieto não habitual	1	1	1
		Mímica dolorosa aquando de manipulações ou gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		Mímica dolorosa espontânea	3	3	3
		Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 acompanhado de manifestações neurovegetativas (taquicárdia, bradicárdia, suores, rash cutâneo ou acesso de palidez)	4	4	4
ITEM 4	Protecção das zonas dolorosas (*protege com a sua mão a zona presumivelmente dolorosa para evitar qualquer contacto*) * *Este item não é pertinente quando não existe qualquer controlo dos membros superiores*	Reacção habitual	0	0	0
		Parece temer o contacto com uma zona particular	1	1	1
		Protege uma região sensível do seu corpo	2	2	2
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com contorções e/ou gemidos	3	3	3
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com agitação, gritos e choro	4	4	4
ITEM 5	Gemidos ou choro silenciosos (*gemc no momento das manipulações ou espontaneamente de forma intermitente ou permanente*)	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Parece mais queixoso do que habitualmente	1	1	1
		Queixa-se de forma não habitual	2	2	2
		Gemidos como mímica dolorosa	3	3	3
		Gemidos entrecortados com gritos e choro	4	4	4
ITEM 6	Interesse pelo ambiente circundante (*interessa-se espontaneamente pela animação ou pelos objectos que o rodeiam*) * *Este item não é pertinente quando não existe qualquer interesse pelo ambiente circundante*	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Parece menos interessado do que habitualmente	1	1	1
		Pouco interesse, tem que ser solicitado	2	2	2
		Desinteresse total, não reage às solicitações	3	3	3
		Estado de prostração claramente não habitual	4	4	4
ITEM 7	Acentuação dos distúrbios do tónus (*aumento da rigidez, tremores, espasmos em hiperextensão…*)	Manifestações habituais	0	0	0
		Parece mais rígido do que habitualmente	1	1	1
		Acentuação da rigidez aquando de manipulações ou de gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com mímica dolorosa	3	3	3
		Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 com gritos e choro	4	4	4
ITEM 8	Capacidade de interagir com o adulto (*comunica através do olhar, de mímica ou de sons por sua iniciativa ou quando é solicitado*) * *Este item não é pertinente quando não existe qualquer possibilidade de comunicação*	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Parece menos envolvido na relação	1	1	1
		Dificuldades não habituais para estabelecer um contacto	2	2	2
		Recusa não habitual de qualquer contacto	3	3	3
		Retracção não habitual evidenciando uma total indiferença	4	4	4
ITEM 9	Acentuação dos movimentos espontâneos (*motricidade voluntária ou não, coordenada ou não, movimentos coreicos, atetósicos ao nível dos membros ou da cabeça…*)	Manifestações habituais	0	0	0
		Positivo) recrudescência dos movimentos espontâneos	1	1	1
		Estado de agitação não habitual	2	2	2
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com mímica dolorosa	3	3	3
		Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 com gritos e choro	4	4	4
ITEM 10	Atitude antálgica espontânea (*procura activa de uma postura não habitual que parece aliviar*) ou definida pelo cuidador	Posição de conforto habitual	0	0	0
		Parece menos à vontade nesta postura	1	1	1
		Certas posturas deixam de ser toleradas	2	2	2
		Alívio por uma postura não habitual	3	3	3
		Nenhuma postura parece aliviar	4	4	4
		PONTUAÇÃO TOTAL			

Adaptado de: *GARCIA M., FERNANDES A.- Avaliação da dor na crianças com deficiência profunda: a escala DESS. Coimbra: Revista Referência, II.ª Série, n.º 5. Dez. 2007.p.22.*

Medidas não farmacológicas

- Conjunto de estratégias que minimizam a ansiedade, promovem a cooperação da criança e família;
- Complemento das medidas farmacológicas;
- Intervenções da prática independente da Enfermagem.

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital

Medidas não farmacológicas (cont.)

- Estratégias gerais –

- Estabelecimento de relação de confiança com a criança;
- Mostrar interesse pelos relatos de dor e intervir apropriadamente;
- Preparar a criança antes para os procedimentos eventualmente dolorosos, evitando utilizar termos que incluam "dor";
- Evitar afirmações ou descrições de avaliação pessoal;
- Permitir que os pais permaneçam (se assim o desejarem) com a criança durante o procedimento doloroso;
- Incentivar os pais a falarem tranquilamente com a criança e a permanecerem junto da cabeça da criança;
- Ensinar aos pais estratégias não farmacológicas do controlo da dor específicas à sua criança e auxiliar a criança na sua utilização;
- Orientar a criança a respeito da dor, especialmente quando a explicação puder diminuir a ansiedade;
- Assegurar à criança que ela não é a responsável pela dor;

Medidas não farmacológicas (cont.)

- Estratégias específicas –

- Distacção
- Relaxamento
- Imagem guiada
- Auto-diálogo positivo
- Interrupção de pensamentos
- Estímulação cutânea
- Acordo comportamental
- **Colaboração dos pais**

Suporte Social na Dor

- **Suporte Formativo**
- **Suporte Emocional**
- **Suporte Instrumental**

→ **Promoção do Papel Parental**



Obrigado pela vossa atenção
e colaboração!!!

Dor em Pediatria: o 5.º Sinal Vital



Referências Bibliográficas

- ALGREN C.- Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. J. Hockenberry- Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier. 7.ª edição. 706-786. ISBN 85-352-1918-8.
- BATALHA L. et al- Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. Coimbra: Revista Referência. II série, n.º 10, Jul. 2009, 7-14.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001, 124p. ISBN: 85-7318-079-X.
- CHAPMAN C.R.- New JCAHO standards for pain management: Carpe diem!. APS Bull. 10: 2-3, July/ Aug 2000.
- CHRISTOFFEL M. M., SANTOS R.S.- A dor no recém-nascido e na criança. Revista Brasileira de Enfermagem, 54 (1), 27-33. ISSN 0034-7167.
- DELGADO G.L.- A dor em oncologia. São Paulo: Atheneu/ EDUSP, 1988.
- DEODATO S.- Cuidar o doente com dor: uma breve reflexão. Dor, 2003, vol. 11 (4), p. 29.
- POLKKI T. et al- Parents' roles in using non-pharmacological methods in their child's postoperative pain alleviation. Journal of Clinical Nursing, 2002. n.º 11. p. 526-536.
- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º9/ DGCG de 14/6/2003.
- GARCIA M., FERNANDES A.- Avaliação da dor na crianças com deficiência profunda: a escala DESS. Coimbra: Revista Referência, II.ª Série, n.º 5. Dez. 2007.
- IASP- International Association for the Study of Pain (www.iasp-pain.org).
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL- Padrões de Acreditação da Joint Commission Interbational para Hospitais. Illinois: Joint Commission International. 2007. ISBN: 978:1:59940:141:6.
- LEMOS S. e AMBIEL C.R.- Dor em Pediatria: Fisiopatologia, Avaliação e Tratamento. Revista Saúde e Pesquisa, v.3, n.3. Set./Dez. 2010. p. 371- 378. ISSN 1983-1870.
- LOPES C.O., MAS J.R., ZÂNGARO R.A.- Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso de laser de baixa potência. Radiol. Bras. 39 (2). 2006. p. 131-136.
- METZGER C., SCHWETTA M., WALTER, C.- Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociência. 2000.ISBN 978-972-8383-32-9.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS- Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Junho 2008. Cadernos da O.E., Série I, Número 1. ISBN: 978-972-99646-9-5.
- SINHA, M. et al- Evaluation of Nonpharmacologic methods of pain and anxiety management for laceration repair in the pediatric emergency department. Pediatrics. 2006. n.º 117. p. 1162-1168. ISSN: 1098-4275 (online).
- TORRITESI P., VENDRÚSCULO D.M.S.- A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Rev. Latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n.º 4, p. 49-55, outubro 1998.

Anexo 5- *Questionário de Avaliação da Sessão de Formação*

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Sessão de Formação: **Dor em Pediatria**

Data de Realização: **6 de Janeiro de 2011**

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

(Urgência Pediátrica)

A sua opinião acerca da sessão de formação realizada é de extrema importância, de forma a:

- Aferir em que medida foram satisfeitas as suas expectativas;
- Melhorar o desempenho em futuras sessões de formação.

Solicitamos que responda às seguintes questões, assinalando com (x) as suas opções:

1. CARACTERIZAÇÃO

1.1. Sexo

☐ Masculino
☐ Feminino

1.2. Assinale a faixa etária em que se encontra

☐ Entre 20 e 30 anos
☐ Entre 30 e 40 anos
☐ Entre 40 e 50 anos
☐ Mais de 50 anos

1.3. É Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica?

☐ Sim
☐ Não

2. AVALIAÇÃO GLOBAL DA SESSÃO

2.1. Globalmente a sessão agradou-lhe?

- ☐ Nada Satisfeito
- ☐ Pouco Satisfeito
- ☐ Satisfeito
- ☐ Muito Satisfeito

2.2. Os objectivos propostos para a sessão foram cumpridos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2.3. A sessão correspondeu às suas expectativas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. RELATIVAMENTE AOS TEMAS ABORDADOS NA SESSÃO

3.1. Considera que os temas abordados tiveram:

- ☐ Nenhum interesse
- ☐ Pouco interesse
- ☐ Muito interesse
- ☐ Bastante interesse

3.2. Considera que o tempo de exposição dos temas abordados foi:

- ☐ Insuficiente
- ☐ Suficiente

3.3. Os temas abordados serviram para a aquisição de novos conhecimentos?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.4. Conhecia todas as temáticas abordadas?

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se **respondeu que não**, quais eram aquelas que não eram do seu conhecimento?

_____

_____

_____

3.5. Dos temas abordados qual considera ser o de maior utilidade para a sua vida profissional?

_____

_____

_____

3.6. Aspectos positivos da sessão:

_____

_____

_____

3.7. Aspectos negativos da sessão:

_____

_____

_____

3.8. Sugestões:

_____

_____

_____

Obrigado pela sua colaboração, Enf.ª Magda Fachadas

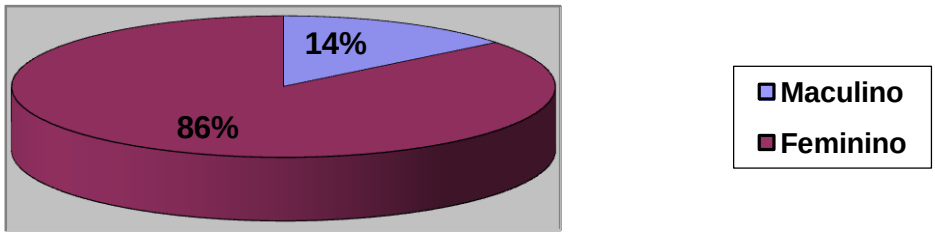
Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa

Anexo 6- Resultados da Avaliação da Sessão de Formação

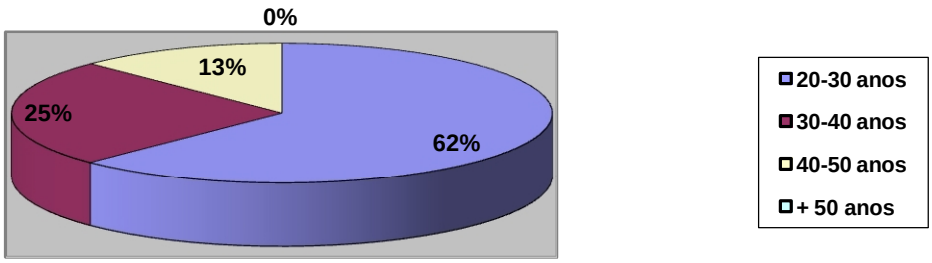
RESULTADOS DA AVALIÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

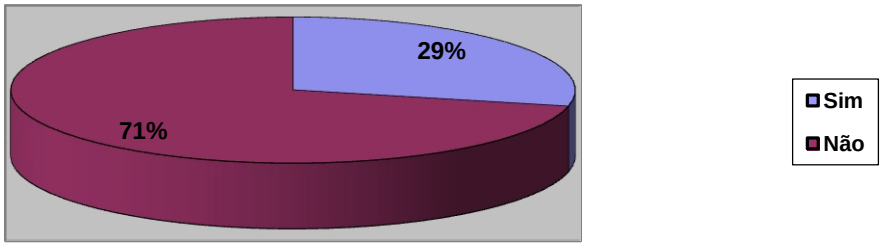
1.1. Variável: Sexo



1.2. Variável: Faixa etária

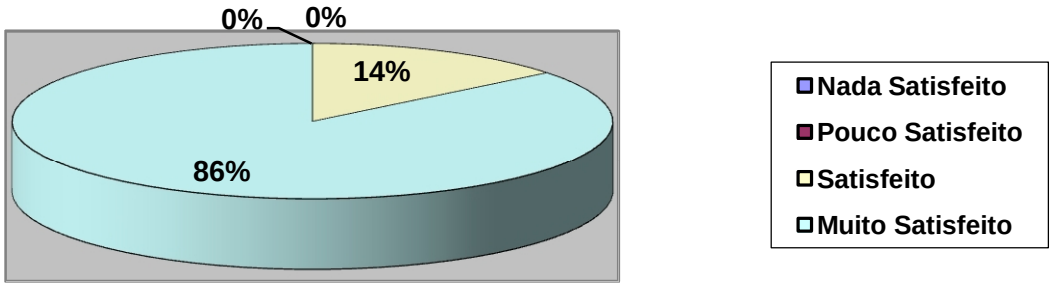


1.3.Variável: Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

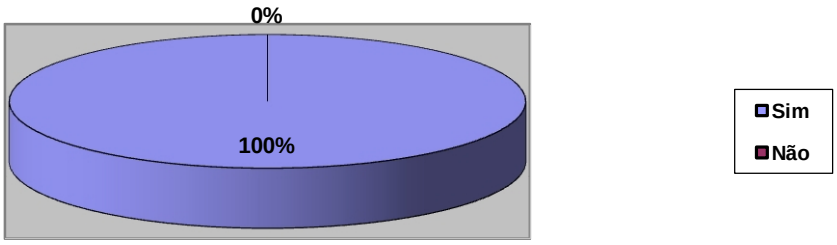


2. AVALIAÇÃO GLOBAL DA SESSÃO

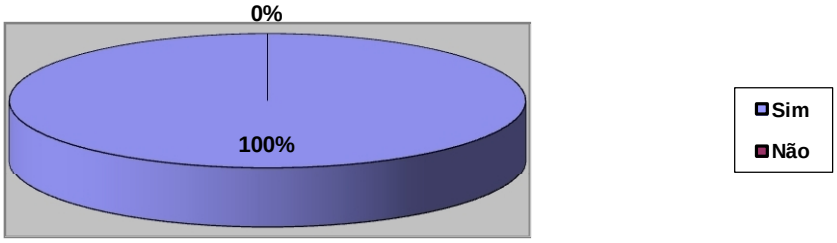
2.1. Satisfação global



2.2. Objectivos alcançados

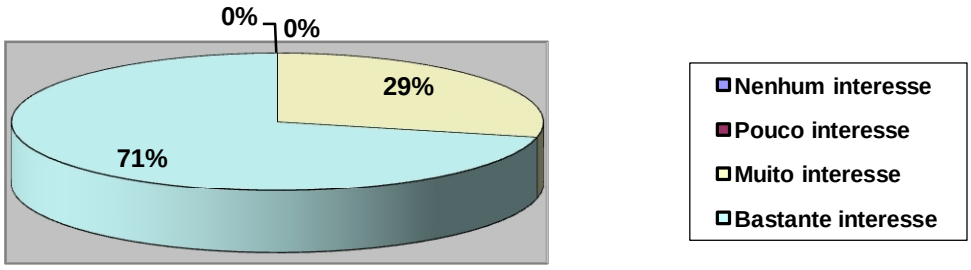


2.3. Correspondeu às expectativas

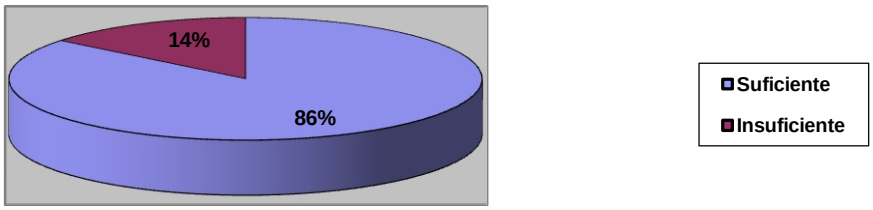


3. RELATIVAMENTE AOS TEMAS ABORDADOS NA SESSÃO

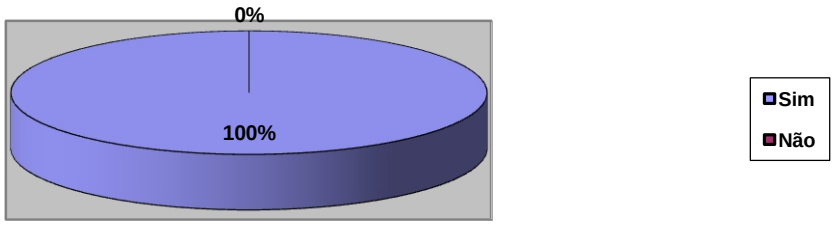
3.1. Considera que os temas abordados tiveram:



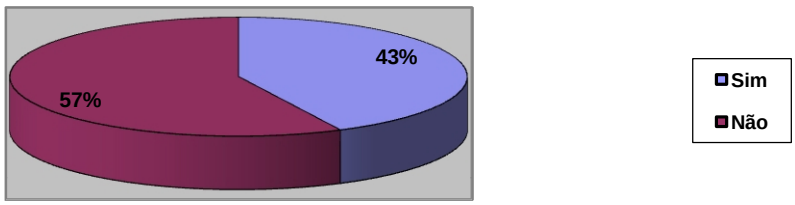
3.2. Considera que o tempo de exposição dos temas abordados foi:



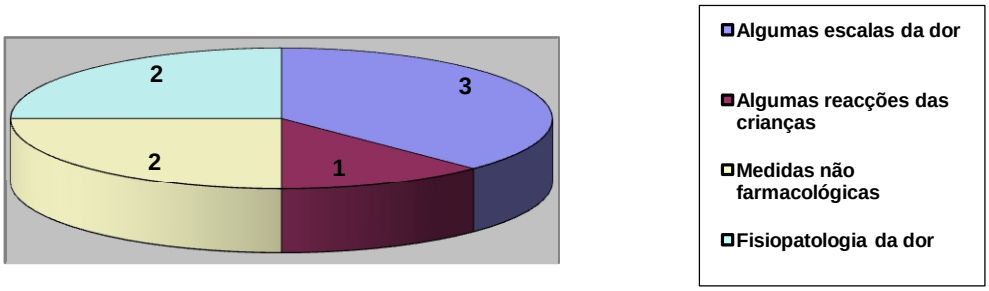
3.3.Os temas abordados serviram para a aquisição de novos conhecimentos?



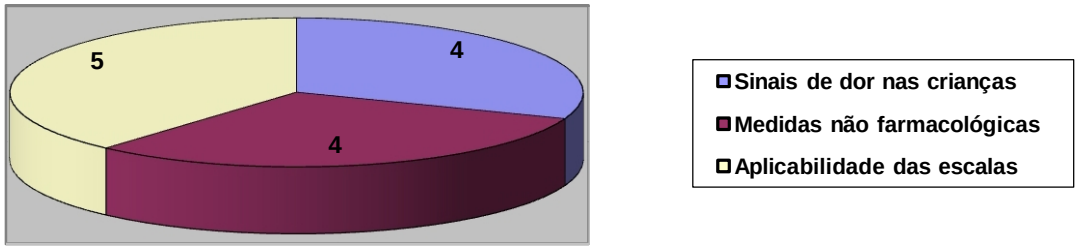
3.4.Conhecia todas as temáticas abordadas?



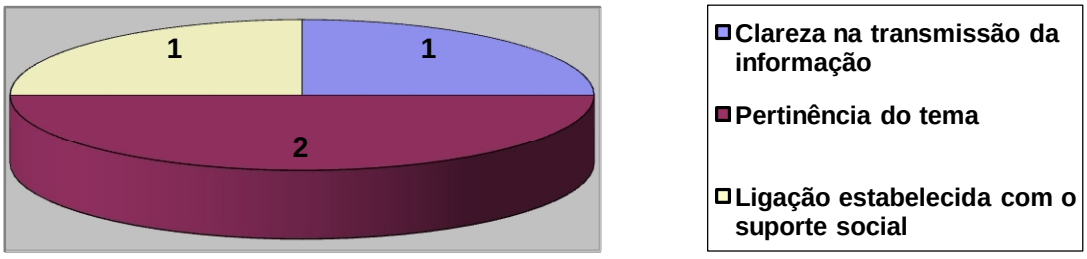
3.4.1.*Se **respondeu que não**, quais eram aquelas que não eram do seu conhecimento?*



3.5. Dos temas abordados qual considera ser o de maior utilidade para a sua vida profissional?



3.6. Aspectos positivos da sessão:



3.7. Aspectos negativos da sessão:

(Não foram referidos)

3.8. Sugestões:

(Não foram mencionadas)

Anexo 9- Guia Orientador "*Dor em Pediatria: o 5.º sinal vital*"

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Dor em Pediatria: o 5.º sinal vital

Guia Orientador

Aluno: Magda Lemos Fachadas
Sob orientação de: Enf.ª Anabela Meneses
Sob tutoria de: Prof.ª Judite Vaz

Lisboa, Dezembro de 2010

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA…… 3
2. DOR EM PEDIATRIA…… 4
3. FISIOPATOLOGIA DA DOR EM PEDIATRIA…… 6
3.1- Evolução…… 6
3.2- Mecanismo…… 6
4. REACÇÃO DAS CRIANÇAS À DOR…… 8
5. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR…… 12
6. MEDIDAS DE CONTROLO DA DOR NÃO FARMACOLÓGICAS…… 15
7. SUPORTE SOCIAL NA FAMÍLIA COM DOR…… 19
8. NOTA CONCLUSIVA…… 21
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS…… 22

ANEXOS

Anexo 1- Escalas de avaliação da dor…… 24

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1- Respostas das crianças à dor…… 10
Quadro 2- Escalas de avaliação da dor …… 13
Quadro 3- Estratégias gerais de controlo da dor…… 16
Quadro 4- Estratégias específicas de controlo da dor…… 16

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A mensuração da dor como quinto sinal vital tem sido defendida como medida a instituir em todos os contextos de trabalho e em todos os beneficiários de cuidados de enfermagem, visando a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Esta medida, para além de uma recomendação da Ordem dos Enfermeiros, constitui uma directriz da Direcção Geral de Saúde.

A Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO) inclui o controlo da dor como um dos parâmetros a serem avaliados para se julgar a qualidade no atendimento hospitalar, o que salienta a importância que vem sendo reconhecida a este domínio.

Desta forma a Joint Commision pretende que as instituições desenvolvam processos para orientar os cuidados de controlo da dor permitindo:

> "*assegurar que a dor (…) apresentada pelos doentes será avaliada e devidamente controlada; garantir que os doentes com dores (…) serão tratados com dignidade e respeito; avaliar os doentes, sempre que seja necessário, para detectar a existência de dores (…); planear abordagens preventivas e terapêuticas para garantir o controlo da dor(…); educar os doentes e o pessoal sobre o controlo da dor(…).*" (Joint Commission International, 2007: 104).

Assim, é consensual que a avaliação sistemática da dor é crucial para uma actuação preventiva e terapêutica efectiva da mesma, bem como a sensibilização das equipas de saúde e a educação das famílias para o controlo da dor.

Quando nos referimos à criança este processo constitui um verdadeiro desafio, isto porque, uma das maiores dificuldades no tratamento da dor em criança está relacionado com a sua avaliação. Desta forma, inúmeras escalas de avaliação da dor têm sido criadas para neonatos, lactentes e crianças maiores. Os instrumentos de avaliação da dor devem ser adaptadas às fases de crescimento e desenvolvimento das crianças, uma vez que do ponto de vista cognitivo existem variações muito amplas.

2. DOR EM PEDIATRIA

A dor é um fenómeno complexo que abrange dimensões biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais.

Igualmente, Torritesi e Vendrúsculo definem a dor como

> "*uma sensação individual e muito pessoal do ser humano, que se manifesta mediante uma resposta fisiológica; é uma sensação, mas também um fenómeno emocional que leva a um comportamento de fuga e protecção, afectado por variações biológicas, intelectuais, emocionais e culturais"* (Torritesi e Vendrúsculo, 1998: 50).

Em 1979, a International Association for the Study of Pain (IASP) enunciou a definição de dor ainda hoje mais utilizada "*é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com destruição tecidual actual ou potencial, ou descrita em termos dessa destruição.*"

Segundo Deodato a dor

> "*é um fenómeno cuja complexidade não se esgota na consciência de um estímulo, mas se prolonga num crescendo de emoções, atitudes e comportamentos que traduzem a expressão do sofrimento. Muito para além da sensação, ela é uma percepção moldada pela personalidade dos que sofrem e pelos contextos sociais que a rodeiam*." (Deodato, 2003: 29).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a dor:

> "*é um tipo de sensação com as características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva do sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tónus muscular, variação da apatia à rigidez, tratamento autoprotector, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distracção marcado por gemidos, choro, andar a passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades…*" (ICN, 2006: 40=

Desta forma, se constata que pode haver uma grande variabilidade na percepção e expressão da dor, mesmo perante o mesmo estímulo doloroso.

Se por um lado a dor aguda resultante de um pós-operatório, de um trauma ou de um procedimento invasivo, é normalmente limitada no tempo, a dor crónica como resultado de uma doença ou dor neuropática, é rebelde e permanece levando a sequelas incapacitantes (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

Delgado (1988) faz a distinção entre dor aguda e crónica, referindo que a primeira é breve, de fácil localização, caracterizada por pontadas, podendo provocar dilatação da pupila, sudorese, maior esforço cardíaco, fraqueza, dentre outros sintomas, requerendo uma

abordagem de alívio dos mesmos relacionada a um determinado transtorno físico. A dor crónica caracteriza-se por ser persistente, de difícil localização, causando distúrbios do sono, anorexia, desânimo e ansiedade.

Contudo, "*todos os tipos de Dor induzem sofrimento evitável, frequentemente intolerável, reflectindo-se negativamente na qualidade de vida dos doentes."* (Direcção-Geral da Saúde, 2003).

A Joint Comission on Acreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) adoptou os quatros fundamentos para o tratamento da dor, reforçando que todos os doentes devem ter as mesmas hipóteses terapêuticas, os métodos e procedimentos devem estar protocolados para garantir a eficácia no tratamento da dor por equipas competentes e os doentes e as famílias devem ser instruídas e preparadas para lidar com a situação (Chapman, 2000).

3. FISIOPATOLOGIA DA DOR EM PEDIATRIA

3.1- Evolução

As crianças não são adultos em ponto pequeno, logo as vias sinalizadoras funcionais na experiência da dor nos recém-nascidos é diferente da dos adultos (Simons e Tibboel, 2006 referidos por Lemos e Ambiel, 2010: 373).

Lemos e Ambiel (2010: 372) descrevem com base em Okada, Teixeira e Miyaji (2001) que é desde o início da gestação que ocorre o desenvolvimento dos elementos neuroanatómicos, fisiológicos e neuroquímicos capazes de processar a sensação de dor.

Por volta da 20.ª semana de gestação o neocórtex fetal atinge um bilião de neurónios e cerca das 24 semanas de gestação as conexões sinápticas talamocorticais estão estabelecidas (Lemos e Ambiel, 2010: 373 abordando Wolf, 1999).

Perto da 30.ª semana gestacional os feixes nociceptivos (fibras A-delta) espinotalâmicos e espinorreticulares encontram-se mielinizados. As fibras A-delta são responsáveis pela transmissão da dor rápida, sendo sensíveis a estímulos mecânicos intensos ou térmicos agudos (Lemos e Ambiel, 2010: 373).

Segundo os mesmos autores, as fibras C, que são as que conduzem a sensação de dor e são responsáveis pela transmissão da dor lenta, constituem o último grupo dos aferentes primários que durante a gestação alcança a matéria cinzenta da espinhal medula (Lemos e Ambiel, 2010: 373).

3.2- Mecanismo

O mecanismo responsável pela transmissão da dor envolve quatro processos:

1) **Transdução**: a transdução inicia-se na periferia (tecido subcutâneo, estruturas viscerais) e termina na espinhal medula, onde as substâncias responsáveis pela transmissão dos impulsos são libertadas pelas células danificadas. As substâncias são prostaglandina, bradicinina, serotonina, histamina. Muitos dos agentes farmacológicos existentes para o controlo da dor, funcionam através do bloqueio da libertação destas substâncias.

2) **Transmissão**: a transmissão dos impulsos dolorosos começa a nível da espinhal medula, onde as substâncias acima mencionadas são libertadas emitindo o impulso eléctrico que é conduzido pelas fibras nervosas, até ao tronco cerebral, tálamo, terminando no córtex cerebral. Existem dois tipos de fibras nervosas, as fibras C não são mielinizadas, têm um diâmetro menor o que as torna responsáveis pela transmissão dos impulsos dolorosos lentos, as fibras A são mielinizadas, têm um diâmetro superior e transmitem impulsos dolorosos mais rápidos, resultando na percepção da dor aguda.

3) **Percepção**: a percepção da dor consiste na sua interpretação consciente. Não existe um único " centro de dor" responsável pelo seu significado, mas provavelmente vários sistemas que funcionam em paralelo.

4) **Modulação**: a modulação da dor é a última etapa do processo dos impulsos dolorosos. É o mecanismo através do qual a transmissão dos impulsos dolorosos até à espinhal medula são inibidos. Esta inibição é efectuada por reflexos descendentes que são originados nos neurónios neuroadrenégicos.

4. REACÇÃO DAS CRIANÇAS À DOR

Durante muitos anos a dor nas crianças foi desvalorizada, esquecida e até mesmo negada, uma vez que acreditava-se que as vias nervosas das crianças não eram suficientemente mielinizadas para transmitir estímulos dolorosos. Actualmente, após diversas pesquisas defende-se que as vias nociceptivas (permite os nervos terem a percepção dos estímulos dolorosos) são imaturas à nascença, mas capazes de originar reacções globais desagradáveis para a criança (Metzger, 2000).

Ready e Thomas abordados por Christoffel e Santos (2001) defendem que o elemento determinante na experiência de dor numa criança é o seu estadio de desenvolvimento. Ou seja, as diferentes reacções que a criança pode ter à dor vai depender do seu nível de desenvolvimento.

Desta forma, Algren (2006) elabora a descrição das reacções que as crianças têm à dor nas diferentes etapas do desenvolvimento. Vejamos:

Lactentes (até 1 ano de idade):

Os lactentes têm reacções à dor muito semelhantes às que ocorrem no período neonatal, contudo existem algumas variações relativamente ao "*choro inicial e na frequência cardíaca, que pode diminuir em alguns lactentes*" (Algren in Hockenberry, 2006: 642).

No entanto, é na mímica facial que encontramos as reacções mais evidentes e consistentes no que concerne ao desconforto:

- sobrancelhas abaixadas e aproximadas;
- testa franzida entre as sobrancelhas com sulcos verticais;
- olhos fechados e apertados;
- bochechas elevadas;
- nariz alargado e franzido;
- prega nasolabial deprimida;
- boca aberta e quadrada.

Perante um procedimento doloroso há lactentes que podem chorar alto, e outros que se acalmam facilmente com um consolo.

Lactentes mais perto de um ano de idade podem reagir de forma intensa, não cooperando e apresentando resistência física, tentando empurrar e fugindo com qualquer tipo de movimento. As técnicas de distracção surtem pouco efeito na tentativa de minimizar a dor e quando o equipamento a ser usado é mostrado antes do procedimento, aumenta o medo e a resistência.

Toddler (crianças de 1 a 3 anos):

As crianças desta faixa etária podem reagir aos actos não dolorosos de forma tão intensa quanto perante os procedimentos dolorosos. Assim, reagem com intenso desconforto emocional e resistência física a qualquer experiência dolorosa real ou imaginária.

As reacções mais evidentes ao desconforto são:

- caretas;
- dentes e lábios cerrados;
- olhos arregalados;
- agitação;
- agressividade (chutar, morder, dar pontapés, fugir).

O simples acto de os fazer deitar para a execução de um procedimento doloroso, pode provocar resistência e não concordância

No final desta faixa etária a criança já é capaz de verbalizar a dor e desconforto que está a sentir, no entanto não tem capacidade de descrever a intensidade da mesma, sabendo apenas localizá-la.

Pré-escolares (crianças dos 3 aos 6 anos):

Nesta fase o conceito de integridade corporal está pouco desenvolvido, pelo que qualquer procedimento doloroso ou não é recebido como uma ameaça.

Neste estadio as crianças respondem favoravelmente à preparação para um procedimento através da utilização de técnicas de distracção e da explicação do que vai acontecer.

As reacções à dor neste estadio são semelhantes às dos toddler:

- gritos altos;
- tentativa de empurrar ou segurar a pessoa ou o equipamento;
- tentativa de persuadir a desistirem de realizar o procedimento.

Nesta faixa etária as crianças já são capazes de localizar a dor.

Escolares (crianças dos 6 anos aos 10 anos):

As crianças em idade escolar já se preocupam em saber se determinado procedimento vai ser doloroso ou não, bem como, qual o intuito e que tipo de dano vai provocar.

Cerca dos 9 ou 10 anos, as crianças revelam menos medo e mais resistência à dor. São capazes de mobilizar técnicas para lidar com o desconforto e tentar agir de forma corajosa, caso contrário, tentam esconder dos pares qualquer tipo de reacção menos corajosa.

Nesta fase as crianças já conseguem comunicar verbalmente a localização, intensidade e descrição da dor.

Adolescentes:

Os adolescentes reagem habitualmente à dor com muito autocontrole, uma vez que estão muito preocupados em manter a compostura. Por vezes esta necessidade de revelar autocontrole cai no exagero de refutarem a existência de dor.

Nesta fase, são capazes de descrever a dor e de usar qualquer escala de avaliação da dor indicada para adultos.

Quadro 1- Respostas das crianças à dor

Faixa etária	Respostas à dor
Lactente	Lactente pequeno: ▪ Resposta corporal generalizada envolvendo rigidez ou agitação, possivelmente com reflexo local de afastamento da área estimulada; ▪ Choro alto; ▪ Expressão facial de dor (sobrancelhas abaixadas e aproximadas, olhos apertados, boca aberta e quadrada); ▪ Não demonstra associação entre aproximação do estímulo e dor subsequente. Lactente mais velho: ▪ Resposta corporal localizada com afastamento deliberado da área estimulada; ▪ Choro alto; ▪ Expressão facial de dor ou raiva (as mesmas características faciais de dor, mas com olhos abertos); ▪ Resistência física, especialmente empurrando o estímulo para longe depois de aplicado.
Toddler	▪ Choro alto, gritos; ▪ Expressões verbais de "*Ui*", "*Ai*", "*Isso dói*"; ▪ Agitação de braços; ▪ Tenta empurrar o estímulo para longe antes de ser aplicado; ▪ Não coopera; precisa de contenção física; ▪ Pede para parar o procedimento; ▪ Agarra-se aos pais, o enfermeiro ou a outra pessoa significativa;
Pré-escolar	▪ Pede apoio emocional, como ser abraçada ou outras formas de consolo físico; ▪ Pode ficar inquieta com a continuidade da dor; ▪ Todos esses comportamentos podem ser observados em antecipação ao procedimento doloroso em si.
Escolar	▪ Podem-se ver todos os comportamentos da criança pequena, especialmente durante o procedimento doloroso em si, porém menos no período antecipatório; ▪ Comportamento de esquivez, como "*Espera um minuto*" ou "*Não estou pronto*

	ainda"; ▪ Rigidez muscular, como punhos cerrados, articulações dos dedos pálidas, dentes cerrados, membros contraídos, rigidez corporal, olhos fechados, testa franzida.
Adolescente	▪ Menos protesto verbal; ▪ Menos actividade motora; ▪ Mais expressões verbais, como "Isso dói" ou "Estás-me a aleijar"; ▪ Maior tensão muscular e controle corporal.

Fonte: *Adaptado de Craig, Katz, Kellerman & Siegel (referidas por Algren, 2006: 643)*

5. ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

A Direcção-Geral da Saúde em 2003 instituiu a dor como o 5.º sinal vital, como tal considerou-se como norma de boa prática nos serviços prestadores de cuidados de saúde:

> "*o registo sistemático da intensidade da Dor; a utilização para a mensuração da Dor, de (…) escalas validadas internacionalmente(…); a inclusão na folha de registo dos sinais vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor."* (Direcção-Geral da Saúde, 2003)

Igualmente, a Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO) refere que a "*avaliação é adequada à idade do doente e permite avaliar a intensidade e o tipo de dor, bem como as suas características, frequência, localização e duração*" (Joint Commission International, 2007: 80).

Batalha et al (2009) referem, que a primeira etapa para um eficaz controlo da dor é uma avaliação da intensidade da dor sistemática e cientificamente válida.

A Ordem dos Enfermeiros entre outras recomendações, adverte que a dor seja avaliada "*de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno e/ ou de acordo com protocolos instituídos;*", recomenda também que a escolha dos instrumentos de avaliação atendam a "*tipo de dor; idade; situação clínica; propriedades psicométricas; critérios de interpretação; escala de quantificação comparável; facilidade de aplicação; experiência de utilização em outros locais*;" (Ordem dos Enfermeiros, 2008: 16).

Muitas vezes, quando a prescrição analgésica é indicada com a frequência "SOS", deparamo-nos com a ausência de parâmetros de avaliação comportamental ou de intensidade da dor, o que impede uma tomada de decisão eficaz e segura, bem como a possibilidade de desenvolvimento de mais conforto e bem-estar à criança.

A enfermagem actua frequentemente perante a criança com dor, percebendo que o aumento do desconforto e da ansiedade compromete ainda mais o seu estado geral. Desta forma, a responsabilidade de promover o conforto e o alívio da dor exige uma avaliação precisa dos aspectos fisiológicos, emocionais, comportamentais e ambientais que desencadeiam ou exacerbam o quadro álgico na criança.

Segundo os mesmos autores referidos anteriormente, existem mais de sessenta escalas de avaliação da dor em pediatria disponíveis, contudo nenhuma se tem demonstrado perfeita e adequada para a avaliação para todas as idades e contextos (Batalha et al, 2009).

Passamos a apresentar algumas, recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros:

Quadro 2- Escalas de avaliação da dor

Escala	Tipo de dor	População alvo	Comentários
Escala visual analógica (EVA)	Todos os tipos	≥ 6 anos de idade	Escala de referência na avaliação da dor
Escala de avaliação numérica (EAN)	Todos os tipos	≥ 6 anos de idade (saber contar com noção de grandeza numérica)	Pode ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória.
Escala qualitativa	Todos os tipos	≥ 4 anos de idade	Pode ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória. Ausência de consenso dos adjectivos a usar.
Escala de Faces Wong Baker (Wong Baker Faces Pain Scale)	Todos os tipos	≥ 3 anos de idade	Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que sensorial da dor.
Escala de Faces Revista (Faces Pain Scale- Revised)	Todos os tipos	≥ 4 anos de idade	Recomendada pela IASP
Escala de EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)	Todos os tipos	RN (≥ 25 semanas de gestação) usada até 1 ano de idade	Escala de avaliação comportamental. Com reprodutibilidade para a população portuguesa.
Escala de NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)	Dor aguda	RN (≥ 24 semanas de gestação)	Não pode ser usada em RN com entubação traqueal.
Escala NFCS reduzida (Neonatal Facial Coding System)	Dor aguda	≤ 18 meses	Requer treino do profissional de saúde a sua utilização. Dificuldade de implementação na prática diária.
Escala OPS (Objective Pain Scale)	Dor aguda	≤ 18 anos	Facilidade de aplicação. De referência na validação de outras escalas. Com reprodutibilidade para a população portuguesa.

			A avaliação da TA pode interferir na sua aplicação.
Escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)	Dor aguda	≤ 19 anos	Facilidade de aplicação
Escala de DESS (Douleur Enfant San Salvador)	Todos os tipos	Crianças com deficiência motora	Exige o preenchimento de um dossier de base.
Questionário MPQ (McGill Pain Questionnaire)	Dor crónica também aplicável à dor aguda	≥ 10 anos de idade	Identifica bem a dor neuropática. Identifica as implicações afectivas da dor. Requer pessoal treinado. É de difícil compreensão. Tempo de aplicação longo.
Inventário BPI (Brief Pain Inventory)	Dor crónica	≥ 10 anos	Simples e de fácil interpretação

Fonte: *Adaptado de Ordem dos Enfermeiros, 2008: 37-39*

Em anexo podem-se visualizar as escalas com mais reprodutibilidade, utilizadas nos hospitais pediátricos portugueses (ANEXO 1).

6. MEDIDAS DE CONTROLO DA DOR NÃO FARMACOLÓGICAS

Os métodos de controle da dor dividem-se em dois tipos: farmacológicos e não-farmacológicos. Segundo Algren "*Sempre que possível, ambos deverão ser utilizados; entretanto, as medidas não-farmacológicas não substituem os analgésicos*." (Algren, 2006:669).

As estratégias não farmacológicas devem servir para suplementar, e não para substituir intervenções farmacológicas, como tal devem ser aplicadas em situações de dor branda e na dor que seja razoavelmente controlada com analgésicos (Algren, 2006: 670).

Contudo, e porque acreditamos que por vezes a dor surge associada ao medo, ansiedade e stress, iremos abordar as medidas não-farmacológicas.

Estas são intervenções da prática independente da Enfermagem, que embora ainda não hajam estudos que objectivamente concluam a sua eficácia, há constatações informais da prática de enfermagem que revelam ser estratégias seguras, não-invasivas e baratas no controlo da dor (Sinha et al, 2006).

Quando falamos acerca da dor infligida nos procedimentos dolorosos praticados, a minimização da dor e o desconforto da criança traduz-se num grande desafio para a prática de enfermagem.

A conduta a adoptar vai variar em função da intensidade e duração esperadas da dor, o contexto e o significado do procedimento para a criança e sua família, o temperamento dos pais e da criança, o tipo de procedimento e a história de dor da criança. Desta forma, estratégias como a educação para o procedimento, a gestão das expectativas, o desenvolvimento de competências destinadas a aumentar a participação activa e melhor forma de lidar com a situação, podem ajudar no controlo da dor (Algren, 2006).

A preparação psicológica da criança também surge como uma estratégia importante e eficaz de controlo da dor não farmacológica. Ou seja, preparar a criança e sua família para o procedimento minimiza a sua ansiedade, promove a sua cooperação e apoia a sua capacidade de lidar com a situação (Algren, 2006).

Vamos passar a descrever algumas das estratégias a adoptar:

Quadro 3- Estratégias gerais de controlo da dor

- Estratégias gerais -
▪ Estabelecimento de relação de confiança com a criança; ▪ Mostrar interesse pelos relatos de dor e intervir apropriadamente; ▪ Preparar a criança antes para os procedimentos eventualmente dolorosos, evitando utilizar termos que incluam "dor"; ▪ Evitar afirmações ou descrições de avaliação pessoal; ▪ Permitir que os pais permaneçam (se assim o desejarem) com a criança durante o procedimento doloroso; ▪ Incentivar os pais a falarem tranquilamente com a criança e a permanecerem junto da cabeça da criança; ▪ Ensinar aos pais estratégias não farmacológicas do controlo da dor específicas à sua criança e auxiliar a criança na sua utilização; ▪ Orientar a criança a respeito da dor, especialmente quando a explicação puder diminuir a ansiedade; ▪ Assegurar à criança que ela não é a responsável pela dor.

Fonte: *Adaptado de ALGREN C.- Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. J. Hockenberry- Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 2006: p. 670.*

Quadro 4- Estratégias específicas de controlo da dor

- Estratégias especificas -	
Distracção	▪ Envolver os pais e a criança na identificação de uma forma eficaz de distracção; ▪ Envolver a criança em brincadeiras; ▪ Pedir para a criança respirar profundamente e expirar até nós dizermos para parar; ▪ Pedir para a criança soprar bolas de sabão ("soprar a dor para longe"); ▪ Usar humor, desenhos animados, contar piadas ou histórias engraçadas; ▪ Estimular a criança a ler, jogar jogos, conversar com os amigos.
Relaxamento	(Com o lactente ou criança pequena): ▪ Segurá-la no colo em uma posição confortável e bem apoiada; ▪ Embalá-la. (Com a criança mais velha): ▪ Pedir para a criança respirar profundamente e dizer-lhe para fazer o corpo mole, enquanto expira lentamente; ▪ Ensinar o relaxamento progressivo: começando pelos dedos dos pés, instruindo para progressivamente deixar cada parte do corpo ficar mole.
Imagem guiada	▪ Fazer com que a criança identifique alguma experiência real ou imaginária agradável; ▪ Fazer com que ela faça a descrição do evento, incluindo o máximo de

	sensações; ▪ Incentivar a criança a concentrar-se no evento durante o procedimento doloroso, realçando detalhes específicos; ▪ Combinar com o relaxamento e a respiração ritmada.
Autodiálogo positivo	▪ Ensinar à criança afirmações positivas para dizer quando estiver com dor (p.ex. "Vou-me sentir melhor", "Quando for para casa vou-me sentir melhor e vou comer gelado".
Interrupção de pensamentos	▪ Identificar factos positivos acerca do procedimento doloroso (p.ex. "Não dura muito); ▪ Identificar informações tranquilizadoras (p.ex. se eu pensar noutra coisa não dói tanto);
Estimulação cutânea	▪ Massagem rítmica simples; ▪ Estimulação nervosa eléctrica transcutânea (TENS): uso de electricidade de baixa voltagem controlada no corpo por meio de eléctrodos colocados na pele; ▪ Electromembrana terapêutica para alívio da dor (PREM): reservatório de electrons numa electromembrana de alta tecnologia fabricada como um penso que quando em contacto com a pele liberta os electrons sob a forma de impulsos de microcorrente.
Acordo comportamental	Informal (em criança a partir dos 4 anos): ▪ Usar estrelas, brindes ou autocolantes como recompensas; ▪ Em crianças que não colaboram dar um limite de tempo para concluir o procedimento; ▪ Reforçar a cooperação com recompensas. Formal ▪ Usar um acordo por escrito que inclua: metas realistas ou comportamento desejado; recompensas ou consequências identificadas que possam ser reforçadas; metas que possam ser avaliadas…).

Fonte*: Adaptado de ALGREN C.- Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. J. Hockenberry- Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 2006: p. 670.*

Contudo a aplicação destas técnicas não farmacológicas não são restritas à equipa de enfermagem, Polkki et al (2002: 528) referindo Sclare & Waring (1995) reforça que os pais precisam de ser participantes activos a fim de tornar estas estratégias ainda mais eficazes.

Polkki et al (2002: 527) aborda Paderson (1996), para dar enfoque à influência dos pais no alívio da dor dos seus filhos, defendendo que os pais têm uma evidente relação de confiança com a criança, conhecem o seu nível de compreensão e a história de experiências anteriores. Desta forma, os pais são os agentes mais capacitados para alívio e controlo da dor da criança.

Polkki et al (2002: 527) faz referência a alguns estudos que revelam a eficácia da participação dos pais no controlo da dor da criança através de procedimentos não farmacológicos. Por exemplo, Rhiner et al (1994) que descreveu as funções dos pais na gestão

da dor dos seus filhos com cancro, através de métodos farmacológicos e não farmacológicos, revelou que os cuidadores utilizaram um número mais elevado de métodos não farmacológicos para aliviar a dor. Woodgate e Kristjanson (1996), descreveram como os pais e enfermeiros deram resposta à dor de jovens submetidos a intervenções cirúrgicas, revelando que a maioria dessas medidas incluíram vigilância da dor e medidas de conforto. Gedaly Duff e Ziebarth (1994) descreveram a experiência de mães na gestão da dor pós-operatória dos seus filhos no domicílio, revelando que a maioria das actividades levadas a cabo para o alívio da dor foram medidas de consolo e distracção.

7. SUPORTE SOCIAL NA CRIANÇA/ JOVEM E FAMÍLIA COM DOR

A abordagem à criança/jovem em processo de dor é igualmente orientada pelos pressupostos dos cuidados em pediatria, onde se preconiza a inclusão dos pais nos cuidados.

Ninguém melhor que os pais para orientarem os profissionais de saúde quanto ao estado da criança. São os pais que convivem com ela diariamente e portanto quem melhor a conhece.

Desta forma, os pais não só devem ser envolvidos no processo de cuidado à criança com dor, como também devem ser tomados em consideração neste fenómeno gerador de stress e ansiedade.

Segundo Dias et al abordando Soares, Figueiredo e Lemos (1999) referem que a dor conduz habitualmente a alterações do estilo de vida, dos níveis de actividade e dos relacionamentos sociais tanto da criança como da família (Dias, et al., 2002).

Quando nos referimos às crianças esta ideia é ainda mais evidente, isto porque as limitações que a dor implica vão-se repercutir no desempenho da criança nas actividades escolares, sociais e familiares, devido ao afastamento do seu meio social, ausências escolares e restrições nas actividades lúdicas.

Desta forma, para que seja elaborado um adequado planeamento dos cuidados à criança/ jovem e sua família é necessário conhecer o tipo de rede social e suporte social que têm ao seu alcance.

Para compreender melhor estas duas dimensões é pertinente efectuar o esclarecimento destes conceitos.

Para Viera et al estes conceitos interrelacionam-se, contudo com algumas variantes, uma vez que a rede social é constituída pelo conjunto das instituições relacionadas à família (escola, sistema de saúde, organizações religiosas, vizinhos) e o suporte social implica uma dimensão pessoal, sendo constituído pelos elementos da rede social que são efectivamente importantes para o quotidiano e situação da família (Viera, et al., 2010).

As mesmas autoras referem ainda que: *"…esse apoio e a rede social auxiliam no fortalecimento da família frente às suas experiências de vida, actuando na redução da taxa de mortalidade, na prevenção de agravos à saúde e também na recuperação da saúde*" (Viera, et al., 2010 p. 12).

O suporte social é encarado como,

> "*um processo de interacção entre pessoas ou grupos de pessoas, que por meio do contacto sistemático estabelecem vínculos de amizades e de informação, recebendo apoio material, emocional, afectivo, contribuindo para o bem estar recíproco e construindo factores positivos na prevenção e manutenção da saúde. O apoio social realça o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de situações quotidianas em momento de crise*" (Viera, et al. citando Piertrukowicz, 2010 p. 12).

A família surge como a principal fonte de suporte social como facilitadora do processo de socialização da criança (Santos, et al., 1999). Ellis et al partilham desta opinião, mencionando que o suporte social fornecidos pelos pais é um importante factor protector na superação de experiências traumáticas (Ellis, et al., 2009).

Os pais e famílias que proporcionem maior suporte social têm crianças e jovens mais aderentes aos tratamentos:

> *"…os efeitos dos cuidados da família e apoio social em relação ao impacto dos estressores na criança, demonstraram que o efeito moderador da família funciona nos cuidados dos sintomas e diminuição dos efeitos hostis. Famílias mais adaptadas apresentam maior adesão, diminuindo o impacto da doença.*" (Santos, et al., 1999 p. 44).

No entanto, ao olhar para o binómio pais-criança como uma unidade de atenção, a família surge também como factor necessitado de suporte social, uma vez que o seu quotidiano também sofre alterações.

É nos profissionais de saúde que a família procura apoio. Barbosa et al, ao abordar o suporte social em famílias que cuidam de uma criança com deficiência referem que,

> "*a família busca apoio nos profissionais de saúde em diferentes momentos de sua trajectória e solicita informações sobre a deficiência do filho. Sente necessidade de ser ouvida e confortada… O apoio e a mediação de profissionais podem minimizar o impacto, mostrando as possibilidades positivas, e não somente os aspectos negativos, configurando-se em importante papel junto a essas famílias*." (Barbosa, et al., 2009 p. 407).

O suporte informacional facultado pela equipa de enfermagem, surge como uma importante estratégia de fornecimento de esclarecimentos acerca das reacções que a criança poderá evidenciar quando apresenta dor, bem como que medidas é que os pais podem implementar para alívio desse mesmo sintoma.

A Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization preconiza "*a comunicação e educação dos doentes e suas famílias sobre a dor e o controlo dos sintomas, no contexto das suas crenças pessoais, culturais e religiosas*" (Joint Commission International, 2007: 105).

Igualmente, o apoio emocional que as equipas fornecem, ajuda ao estabelecimento de uma relação de confiança com os pais, o que favorece a minimização do impacto que situações geradoras de stress podem causar.

Tudo com o objectivo de capacitar os pais à tomada de decisão autónoma e informada, nos cuidados aos seus filhos.

8. NOTA CONCLUSIVA

A abordagem da dor em pediatria tem sofrido inúmeros avanços nas últimas décadas, sobretudo devido a uma melhor compreensão do desenvolvimento neurológico infantil, das suas necessidades e comportamentos quando experienciam a dor.

Contudo, o investimento em estudos relacionados com a dor pediátrica ainda é reduzido, o que faz com que haja uma grande necessidade de investir nesta área e em novas terapêuticas baseadas na evidência.

A Joint Comission preconiza que um dos objectivos das instituições no que respeita ao controlo da dor seja "*educar os doentes e o pessoal sobre o controlo da dor*…" (Joint Commission International, 2007: 105).

Igualmente, o Programa Nacional de Controlo a Dor tem como um dos objectivos melhorar a formação dos profissionais de saúde na abordagem à dor.

Desta forma pretendeu-se com este guia capacitar os enfermeiros a respeito desta temática de forma a poderem igualmente capacitar as famílias de suporte informacional acerca da dor dos seus filhos.

Este guia pretendeu, igualmente, demonstrar que os enfermeiros em pediatria para além da utilização de terapêuticas farmacológicas, podem-se munir de algumas estratégias não farmacológicas para diminuir o *stress* vivenciado pela criança que sente dor e sua família, capacitando os pais a actuarem autonomamente.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALGREN C.- Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In M. J. Hockenberry- Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier. 7.ª edição. 706-786. ISBN 85-352-1918-8.

- BARBOSA, M.A.M., et al. 2009. Cuidado da criança com deficiência: suporte social acessado pelas mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* Set. de 2009, Vol. 30, 3, pp. 406-412.

- BATALHA L. et al- Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. Coimbra: Revista Referência. II série, n.º 10, Jul. 2009, 7-14.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001, 124p. ISBN: 85-7318-079-X.

- CHAPMAN C.R.- New JCAHO standards for pain management: Carpe diem!. APS Bull. 10: 2-3, July/ Aug 2000.

- CHRISTOFFEL M. M., SANTOS R.S.- A dor no recém-nascido e na criança. Revista Brasileira de Enfermagem, 54 (1), 27-33. ISSN 0034-7167.

- DELGADO G.L.- A dor em oncologia. São Paulo: Atheneu/ EDUSP, 1988.

- DEODATO S.- Cuidar o doente com dor: uma breve reflexão. Dor, 2003, vol. 11 (4), p. 29.

- DIAS, M.R. e BRITO, J.A.A. 2002. No quotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica.* 2002, Vol. XX, 1, pp. 91-105.

- ELLIS, A. A., NIXON, R.D.V. e WILLIAMSON, P. 2009. The effects of social support and negative appraisals on acute stress symptoms and depression in children and adolescents. *British Journal of Clinical Psychology.* 2009, 48, pp. 347-361.

- POLKKI T. et al- Parents' roles in using non-pharmacological methods in their child's postoperative pain alleviation. Journal of Clinical Nursing, 2002. n.º 11. p. 526-536.

- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º9/ DGCG de 14/6/2003.

- GARCIA M., FERNANDES A.- Avaliação da dor na crianças com deficiência profunda: a escala DESS. Coimbra: Revista Referência, II.ª Série, n.º 5. Dez. 2007.

- IASP- International Association for the Study of Pain (www.iasp-pain.org).

- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL- Padrões de Acreditação da Joint Commission Interbational para Hospitais. Illinois: Joint Commission International. 2007. ISBN: 978:1:59940:141:6.

- LEMOS S. e AMBIEL C.R.- Dor em Pediatria: Fisiopatologia, Avaliação e Tratamento. Revista Saúde e Pesquisa, v.3, n.3. Set./Dez. 2010. p. 371- 378. ISSN 1983-1870.

- LOPES C.O., MAS J.R., ZÂNGARO R.A.- Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso de laser de baixa potência. Radiol. Bras. 39 (2). 2006. p. 131-136.

- METZGER C., SCHWETTA M., WALTER, C.- Cuidados de enfermagem e dor. Loures: Lusociência. 2000.ISBN 978-972-8383-32-9.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS- Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Junho 2008. Cadernos da O.E., Série I, Número 1. ISBN: 978-972-99646-9-5.

- PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.

- SANTOS, A.R.R. e MIYAZAKI, M.C.O. 1999. Grupo de sala de espera em ambulatório de doença falciforme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.* Junho de 1999, Vol. 1, 1, pp. 41-48.

- SINHA, M. et al- Evaluation of Nonpharmacologic methods of pain and anxiety management for laceration repair in the pediatric emergency department. Pediatrics. 2006. n.º 117. p. 1162-1168. ISSN: 1098-4275 (online).

- TORRITESI P., VENDRÚSCULO D.M.S.- A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Rev. Latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 6, n.º 4, p. 49-55, outubro 1998.

- VIERA, C.S., et al. 2010. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Revista Electrónica de Enfermagem.* 2010, Vol. 12, 1, pp. 11-19.

Anexo 1- *Escalas de avaliação da dor*

NIPS (Neonatal Infant Pain Score)

	DESCRIÇÃO
Expressão facial	
0 –Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).
Choro	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choramingo	Choraminguo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
Respiração	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
Braços	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Pernas	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Estado de vigília	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Fonte: *PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.*

Idade Recomendada	Recém-nascidos (≥ 28 semanas de gestação) até 1.º mês de vida
Tipo de Dor	Dor aguda
Instruções	- Observar a criança pelo menos por um minuto; - Avaliar cada um dos indicadores da tabela; - O score: 0 = ausência de dor 1- 2 = dor ligeira 3- 5 = dor moderada 6- 7 = dor grave
Outras considerações	Não pode ser utilizada em recém-nascidos entubados.

EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né)

Rosto	**0-**	Rosto calmo
	1-	Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/ lábios contraídos/ queixo franzido/ queixo trémulo
	2-	caretas frequentes, marcadas ou prolongadas
	3-	crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
Corpo	**0-**	corpo calmo
	1-	agitação transitória, geralmente calmo
	2-	agitação frequente, mas acalma-se
	3-	agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
Sono	**0-**	adormece facilmente, sono prolongado, calmo
	1-	adormece com dificuldade
	2-	acorda espontaneamente e frequentemente, sono agitado
	3-	não adormece
Interacção	**0-**	atento
	1-	apreensão passageira no momento do contacto
	2-	contacto difícil, grito à menor estimulação
	3-	recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
Reconforto	**0-**	sem necessidade de reconforto
	1-	acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta
	2-	acalma-se dificilmente
	3-	inconsolável. Sucção desesperada
Score total =		

Adaptado de: *PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.*

Idade Recomendada	RN (≥ 25 semanas de gestação) usada até 1 ano de idade
Tipo de Dor	Todos os tipos
Instruções	- Observar a criança pelo menos por um minuto; - Avaliar cada um dos indicadores da tabela; - O score: 0 = sem dor ; 1-4 = dor ligeira; 5-8 = dor moderada; 9-12 = dor intensa; 13-15 = dor muito intensa.

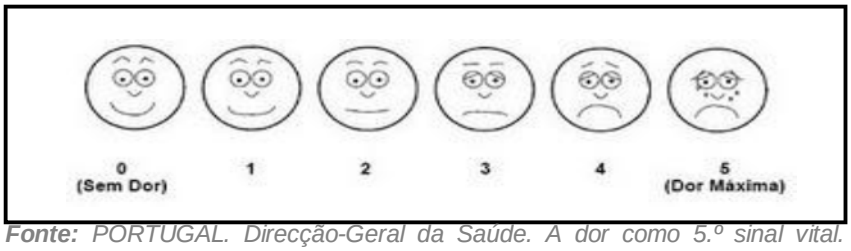
FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

	0	1	2
FACE	Nenhuma expressão ou sorriso	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
PERNAS	Posição normal ou relaxada	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos
CHORO	Ausências de choro (acordado ou adormecido)	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar
Pontuação total =			

Adaptado de: *PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 014/2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2010.*

Idade Recomendada	Crianças desde o 1.º mês de idade até aos 4 anos (preferencialmente)
Tipo de Dor	Todos os tipos
Instruções	- Observar a criança pelo menos por um minuto; - Avaliar cada um dos indicadores da tabela; - O score: 0 = sem dor ; 1-4 = dor ligeira; 5-8 = dor moderada; 9-12 = dor intensa; 13-15 = dor muito intensa.
Outras considerações	Igualmente indicada para situações pós-cirúrgicas.

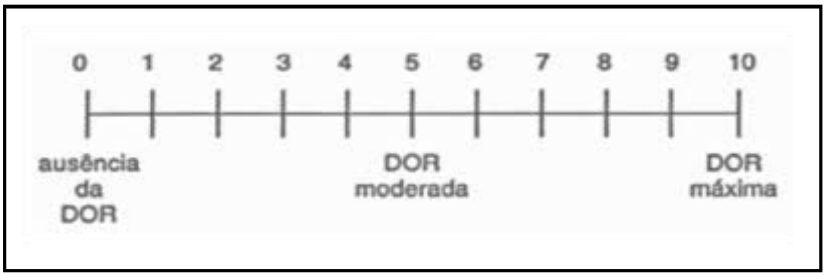
ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR FACES



Fonte: *PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. A dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º9/ DGCG de 14/6/2003. p.3.*

Idade Recomendada	A partir dos 3 anos de idade
Tipo de Dor	Todos os tipos
Instruções	- Nas instruções que se seguem, utilizar o termo "magoar" ou "doer", de acordo com o que achar adequado para cada criança; - "*Estas caras mostram o quanto algo pode magoar. Esta cara* (aponte para a face mais à esquerda) *não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor* (aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita) *até chegar a esta* (aponte para a face mais à direita), *que mostra muita dor. Aponta para a cara que mostra o quanto de dói* (neste momento)."; - Atribua à face escolhida 0, 2, 4, 6, 8, 10, contando da esquerda para a direita, de modo que "0" = sem dor e "10" = muita dor;
Outras considerações	- Não utilize palavras como "alegre" e "triste". Esta escala destina-se a medir como as crianças se sentem por dentro, não como aparentam estar.

ESCALA NUMÉRICA



Fonte: *LOPES C.O., MAS J.R., ZÂNGARO R.A.- Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso de laser de baixa potência. Radiol. Bras. 39 (2). 2006. p. 133.*

Idade Recomendada	A partir dos 6 anos de idade
Tipo de Dor	Todos os tipos
Instruções	- Fornecer a escala à criança e pedir para identificar a intensidade da sua dor; - Explicar que o zero (0) significa que a pessoa não sente dor e o dez (10) corresponde à pior dor sentida; - Interpretação: 0 = sem dor; 1- 3 = dor ligeira; 4- 6 = dor moderada; 7- 10 = dor grave.
Outras considerações	É necessário que a criança saiba contar e tenha noção de grandeza numérica.

ESCALA OPS (Objective Pain Scale)

Criteria	Finding	Points
Blood pressure	±10% of preoperative value	0
	>20% of preoperative value	1
	>30% of preoperative value	2
Crying	Not crying	0
	Crying, but stops with tender, loving care	1
	Crying without stopping, does not respond to tender, loving care	2
Movements	None	0
	Restless	1
	Thrashing around	2
Agitation	Asleep or calm	0
	Mild agitation	1
	Hysterical	2
Verbalization of pain	Asleep or states no pain	0
	States there is pain but cannot localize	1
	Can localize pain	2

Fonte: *Hannallah R Broadman L et al. Comparison of caudal and ilioinguinal/iliohypogastric nerve blocks for control of post-orchiopexy pain in pediatric ambulatory surgery. Anesthesiol. 1987; 66: 832-834.*

Idade Recomendada	Dos 4 meses aos 18 anos
Tipo de Dor	Dor aguda pós-operatória
Instruções	- Avaliar a tensão antes do procedimento cirúrgico; - Interpretação: 0 = sem dor; 10 = dor máxima; 8 = dor máxima se a criança não for capaz de localizar a dor
Outras considerações	Tem como limitação a avaliação da Tensão Arterial que pode interferir na aplicação da escala.

ESCALA DE DESS (Douleur Enfant San Salvadour)

(Grelha de Pontuação)

			HORAS		
ITEM 1	Choro e/ou gritos (*barulhos de choro com ou sem acesso de lágrimas*)	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Parece manifestar-se mais do que habitualemente	1	1	1
		Choro e/ou gritos aquando de manipulações ou gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		Choro e/ou gritos espontâneos e claramente não habituais	3	3	3
		Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 acompanhado de manifestações neurovegetativas (taquicárdia, bradicárdia, suores, rash cutâneo ou acesso de palidez	4	4	4
ITEM 2	Reacção de defesa, coordenada ou não, ao examinar uma zona presumivelmente dolorosa (*o toque, a palpação ou a mobilização desencadeiam na reacção motora, coordenada ou não que se pode interpretar como uma reacção de defesa*)	Reacção habitual	0	0	0
		Parece reagir de forma não habitual	1	1	1
		Movimento de retracção indiscutível e não habitual	2	2	2
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com contorções e/ou gemidos	3	3	3
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com agitação, gritos e choro	4	4	4
ITEM 3	Mímica dolorosa (*expressão da face traduzindo dor, um rir paradoxal pode corresponder a uma expressão dolorosa*)	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Fácies inquieto não habitual	1	1	1
		Mímica dolorosa aquando de manipulações ou gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		Mímica dolorosa espontânea	3	3	3
		Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 acompanhado de manifestações neurovegetativas (taquicárdia, bradicárdia, suores, rash cutâneo ou acesso de palidez)	4	4	4
ITEM 4	Protecção das zonas dolorosas (*protege com a sua mão a zona presumivelmente dolorosa para evitar qualquer contacto*) **** Este item não é pertinente quando não existe qualquer controlo dos membros superiores***	Reacção habitual	0	0	0
		Parece temer o contacto com uma zona particular	1	1	1
		Protege uma região sensível do seu corpo	2	2	2
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com contorções e/ou gemidos	3	3	3
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com agitação, gritos e choro	4	4	4
ITEM 5	Gemidos ou choro silenciosos (*geme no momento das manipulações ou espontaneamente de forma intermitente ou permanente*)	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Parece mais queixoso do que habitualmente	1	1	1
		Queixa-se de forma não habitual	2	2	2
		Gemidos como mímica dolorosa	3	3	3
		Gemidos entrecortados com gritos e choro	4	4	4
ITEM 6	Interesse pelo ambiente circundante (*interessa-se espontaneamente pela animação ou pelos objectos que o rodeiam*) **** Este item não é pertinente quando não existe qualquer interesse pelo ambiente circundante***	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Parece menos interessado do que habitualmente	1	1	1
		Pouco interesse, tem que ser solicitado	2	2	2
		Desinteresse total, não reage às solicitações	3	3	3
		Estado de prostração claramente não habitual	4	4	4
ITEM 7	Acentuação dos distúrbios do tónus (*aumento da rigidez, tremores, espasmos em hiperextensão…*)	Manifestações habituais	0	0	0
		Parece mais rígido do que habitualmente	1	1	1
		Acentuação da rigidez aquando de manipulações ou de gestos potencialmente dolorosos	2	2	2
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com mímica dolorosa	3	3	3
		Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 com gritos e choro	4	4	4
ITEM 8	Capacidade de interagir com o adulto (*comunica através do olhar, de mímica ou de sons por sua iniciativa ou quando é solicitado*) **** Este item não é pertinente quando não existe qualquer possibilidade de comunicação***	Manifesta-se como habitualmente	0	0	0
		Parece menos envolvido na relação	1	1	1
		Dificuldades não habituais para estabelecer um contacto	2	2	2
		Recusa não habitual de qualquer contacto	3	3	3
		Retracção não habitual evidenciando uma total indiferença	4	4	4
ITEM 9	Acentuação dos movimentos espontâneos (*motricidade voluntária ou não, coordenada ou não, movimentos coreicos, atetósicos ao nível dos membros ou da cabeça…*)	Manifestações habituais	0	0	0
		Possível recrudescência dos movimentos espontâneos	1	1	1
		Estado de agitação não habitual	2	2	2
		Mesmo sinal que 1 ou 2 com mímica dolorosa	3	3	3
		Mesmo sinal que 1, 2 ou 3 com gritos e choro	4	4	4
ITEM 10	Atitude antiálgica espontânea (*procura cativa de uma postura não habitual que parece aliviar*) ou definida pelo cuidador	Posição de conforto habitual	0	0	0
		Parece menos à vontade nesta postura	1	1	1
		Certas posturas deixam de ser toleradas	2	2	2
		Aliviado por uma postura não habitual	3	3	3
		Nenhuma postura parece aliviar	4	4	4
		PONTUAÇÃO TOTAL			

Adaptado de: *GARCIA M., FERNANDES A.- Avaliação da dor na crianças com deficiência profunda: a escala DESS. Coimbra: Revista Referência, II.ª Série, n.º 5. Dez. 2007.p.22.*

(Dossier de Base)

Nome _____ Data_____

(Esta ficha deve ser preenchida para cada doente, fora de qualquer fenómeno doloroso)

1. A criança chora habitualmente? _____ Se sim, em que circunstâncias? _____
   Chora às vezes?_____ Se sim, por que razões? _____
2. Habitualmente existem reacções motoras quando se lhe toca ou manipula? _____ Se sim, quais (sobressalto, acesso tónico, tremores, agitação, esquiva)? _____
3. A criança é habitualmente sorridente? _____ A sua face é expressiva? _____
4. Ela é capaz de se proteger com as mãos? _____ Se sim, ela tem tendência a fazê-lo quando se lhe toca? _____
5. Ela exprime-se por gemidos? _____ Se sim, em que circunstâncias? _____
6. Ela interessa-se pelo ambiente que a rodeia? _____ Se sim, fá-lo espontaneamente ou tem que ser solicitada?_____
   _____
7. As suas manifestações de rigidez são incomodativas na vida quotidiana? _____ Se sim, em que circunstâncias? (dar exemplos)
   _____
8. Ela comunica com o adulto? _____ Se sim, ela procura o contacto ou é necessário solicitá-la? _____
9. Ela tem uma motricidade espontânea? _____ Se sim, trata-se de movimentos voluntários, movimentos descoordenados, de um síndroma coreo-atetósico ou de movimentos reflexos? _____
10. Qual a sua posição de conforto habitual? _____
    Ela tolera bem a postura sentada? _____

Adaptado de: *GARCIA M., FERNANDES A.- Avaliação da dor na crianças com deficiência profunda: a escala DESS. Coimbra: Revista Referência, II.ª Série, n.º 5. Dez. 2007.p.21.*

Idade Recomendada	Crianças com deficiência profunda
Tipo de Dor	Todos os tipos
Instruções	- A grelha de pontuação deve ser preenchida por quem cuida da criança deficiente, tendo em consideração a observação efectuada nas 8 horas precedentes; - O dossier de base, é um conjunto de questões que devem ser efectuadas aos pais/acompanhante da criança deficiente em conjunto com a observação do comportamento da criança na ausência de dor; - Interpretação: • 2 = não existe dor; • Entre 2 e 6 = há dúvida, deve ser prestada mais atenção à criança; • ≥ 6 = a dor está presente.
Outras considerações	- A grelha de pontuação permite adoptar uma linguagem comum entre cuidadores e profissionais de saúde na identificação dos sinais de dor destas crianças; - O dossier de base permite descrever o comportamento habitual da criança com deficiência.

Anexo 10- Norma Hospitalar "Administração de Sacarose a 24%"

NORMA HOSPITALAR: Administração de Sacarose a 24%		
NORMA N.º Versão n.º 1	**Elaborado por:** Magda Fachadas (*aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica Portuguesa*).	**Aprovado por:**
A rever em: 20____	Data: / / 20	Data: / / 20

1. ÁREA:

Gestão, Organização e Funcionamento do Serviço

Prestação de Cuidados

Garantia da Qualidade e Segurança

2.NOME:

Administração de Sacarose a 24%

3.ÂMBITO:

Internamento de Pediatria

Urgência Pediátrica

4.OBJECTIVOS:

Uniformizar os procedimentos relativos à administração da sacarose a 24%.

5.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A administração de sacarose é um método não farmacológico eficaz no alívio da dor do recém-nascido submetido a procedimentos dolorosos e a cuidados de rotina. Contudo, a sua eficácia é mais efectiva se for associada à sucção não-nutritiva (chupeta) e a outras medidas de promoção de conforto (posicionamento confortável/aninhado e diminuição dos estímulos ambientais) (Hatfield et al (2008) referido por Hardcastle (2010:21).

Os estudos que têm sido realizados acerca da sacarose oral revelaram que o seu efeito analgésico está relacionado com a percepção gustativa produzida e não directamente com o efeito

da ingestão ou absorção da mesma (Ramenghi, Evans e Lavene, 1999: 146).

Johnston et al (1999) propõem que os mecanismos de acção analgésicos da sacarose estão relacionados com a oralidade, ou seja, relacionado a um efeito imediato, no qual a resposta calmante é produzida pelo gosto adocicado que induz a libertação de endorfinas (opiáceo endógeno), secundária à excitação dos receptores gustativos das papilas linguais ao doce.

Desta forma tal como Hardcastle (2010: 20) refere baseando-se em Harrison et al (2003), estudos da administração da sacarose por sonda nasogástrica revelaram que esta via de administração não tem qualquer efeito analgésico

Stevens et al (2004) abordado por Hardcastle (2010: 20) referem que o intervalo entre a administração da sacarose e o início do procedimento doloroso mais efectivo para o alívio da dor é de dois minutos, tendo a durabilidade de 5 a 10 minutos.

Relativamente à dosagem, o The Royal Hospital Melbourne (2009) recomenda a quantidade de sacarose a 24% por dose e nas 24 horas, prevendo que a criança seja submetida, no máximo, a cinco procedimentos dolorosos. Desta forma, também aconselham que quando uma criança necessita mais do que a dose máxima a equipa de saúde deve analisar a gestão da dor da criança.

Grupo de doentes / Dose recomendada	Sem reflexos de sucção	≤ 1500 grama	Crianças 0-1 meses	Crianças 1- 18 meses
por toma	0,2 ml	0,2- 0,5 ml	0,2- 1 ml	- 2 ml
diária	1 ml	2,5 ml	5 ml	5 ml

Adaptado: The Royal Children's Hospital Melbourne, 2009

Indicações:

- Punção venosa periférica/colocação de catéter venoso periférico;
- Punção arterial/colocação de catéter arterial periférico;
- Colocação de catéter epicutâneo;
- Colocação de catéter venoso central;
- Colocação de cateteres umbilicais;
- Punção capilar;
- Algaliação;
- Injecções intramusculares e subcutâneas;
- Aspiração endotraqueal;
- Colocação de sonda gástrica;
- Colocação de dreno torácico;
- Desbridamento torácico;
- Punção lombar;
- Punção supra-púbica;

- Procedimentos de rotina.
- Vacinação (A evidência científica revela num estudo realizado por Hatfield et al (2008) que a sacarose ao ser administrada durante a vacinação, em crianças entre os 2 e os 4 meses, provocou uma redução do *score* da dor (Hardcastle, 2010: 20)).

Complicações:

- Hiperglicémia
- Risco de Enterocolite Necrosante nos recém-nascidos pré-termo (IG igual ou inferior a 32 semanas e peso igual ou inferior a 1500 g) e nos recém-nascidos de termo com asfixia grave e alteração da fluxometria umbilical.

Por esta razão devem ser respeitadas as doses diárias recomendadas.

Harrison (2008) mencionado por Hardcastle (2010:21) argumenta que a predisposição para cáries dentárias com o uso da sacarose é um mito, referindo que de acordo com estudos esta relação é altamente improvável devido às pequenas quantidades administradas ao longo de um curto período.
Desta forma, não são conhecidos efeitos secundários a longo prazo que a administração de sacarose possa causar.

6.PROCEDIMENTOS

- Preparar a quantidade de sacarose a ser administrada por via oral de acordo com a tabela;
- Administrar cerca de um quarto da dose de sacarose dois minutos antes do início do procedimento;
- Administrar gota a gota através de uma seringa, na zona anterior da língua (ponta da língua);
- Não administrar a solução de sacarose directamente no estômago através da sonda gástrica;
- Oferecer a chupeta à criança e aconchegá-la;
- Ir oferecendo gradualmente a sacarose ao longo do procedimento;
- Se for necessária uma dose adicional, ter em conta a dose diária recomendada.

Nota: Para crianças irritadas ou muito chorosas que não estejam a ser submetidas a procedimentos dolorosos e que não possam ser consoladas por outras medidas, pode-se administrar sacarose oral, seguindo o mesmo procedimento referido acima. Contudo, como a duração analgésica é cerca de 5 a 8 minutos, a sacarose não é adequada para situações de dor persistente

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

HARDCASTLE, T.- Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. Journal of Perioperative Practice. Volume 20, issue 1. January 2010. ISSN: 1467-1026. p. 19-22.

JOHNSTON, C.C. et al- Effect of repeated doses of sucrose during heel stick procedure in preterm neonates. Basel: Biology of the neonate, 1999, vol. 75, p. 160-166.

RAMENGHI, L.; EVANS, D.; LEVENE, M.I.- Sucrose analgesia: absorptive mechanism or taste perception? London: Archives of disease childhood, fetal and neonatal edition, 1999, vol. 80, p. 146-147.

THE ROYAL CHILDREN'S HOSPITAL MELBOURNE- Clinical Guidelines. Sucrose (oral) for procedural pain management in infants. 2009. Disponível: http://www.rch.org.au/rchcpg/indexcfm?doc_id=8590 (consultado em Dezembro 2010).