MANUELA JOSEFA DA ROCHA TEIXEIRA

NECESSIDADES DE SAÚDE EM FAMÍLIAS COM JOVENS ADULTOS

Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Zaida de Aguiar Azeredo Rebelo

Categoria – Professora Auxiliar Convidada

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Co-orientador – Professor Doutor Nuno Lídio Pinto Rodrigues Grande

Categoria – Professor Catedrático Jubilado/ Emérito

DEDICATÓRIA

A todas as famílias

e em particular

à minha família

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Zaida Azeredo, pelos ensinamentos, incentivo e paciência com que acompanhou este longo processo.

Ao Professor Doutor Nuno Grande, meu co-orientador, por acreditar na possibilidade de concretização deste trabalho e o seu esforço contínuo de valorização da enfermagem portuguesa.

À Professora Doutora Constança Paul, por pertencer ao grupo de acompanhamento, pelo ânimo e apoio facultados.

Ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, na pessoa do Senhor Presidente do Conselho Científico, Professor Doutor Pedro Moradas Ferreira, pela oportunidade de desenvolver este projecto.

Aos estudantes que compreenderam a importância de se indagar e gentilmente colaboraram nesta pesquisa, partilhando anseios, histórias e vivências familiares.

Aos professores e pessoal não docente, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em especial às minhas amigas, pelas palavras, silêncios, cuidados com que me acompanharam estes anos.

Resumo

A saúde das famílias destaca-se como o tema central deste estudo. Partia-se de uma constatação, encontrada junto de profissionais de saúde e publicações, da ênfase dada à valorização das alterações de saúde dos indivíduos e da sua falta, no que concerne à valorização da saúde e à relevância da família. Acrescia, um maior desconhecimento das realidades das famílias no estádio cinco do ciclo vital, famílias com jovens adultos. Neste trabalho procurou-se compreender, junto de estudantes do ensino superior e através de uma abordagem qualitativa, a vivência das suas famílias, para determinar as necessidades em saúde. A análise do discurso produzido pelos estudantes, durante entrevistas semi-estruturadas, possibilitou a construção de domínios do percurso familiar, numa perspectiva transversal e longitudinal da vida das famílias no estádio cinco. O entendimento das realidades familiares expressas, concorreu para a identificação dos seus problemas, necessidades em saúde, mas também das suas capacidades e potencialidades. Em consonância com os achados, procedeu-se à triangulação teórica que contribuiu para o reconhecimento da existência de famílias saudáveis. Os dados corroboram que se podem integrar os jovens adultos destas famílias, incluindo os informantes entrevistados, no período de adultez emergente e não se identificaram necessidades em saúde que se revelassem específicas de famílias no estádio cinco do ciclo vital. Um aspecto comum é o das famílias não terem sentido qualquer interesse por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, em as conhecer. Assim, importa que os serviços de saúde utilizem estratégias, como a implementação de programas de saúde da família, para que as necessidades de saúde sejam supridas e as famílias reconheçam os profissionais de saúde, como um recurso para prossecução dos seus projectos familiares.

Abstract

The health of the family stands out as the central theme of this study. From the knowledge obtained among health professionals and publications, of the emphasis given to the people's health changes and the lack of emphasis in relation to the health's importance and significance of the family. Added to a greater ignorance of the realities of families in stage five of the life cycle, families with young adults. This paper tries to understand, with the help of higher education students and through a qualitative approach, the experience of their families, to determine their health needs. The analysis of the discourse produced by students during a semi-structured interview allowed the construction of fields of the familiar path, in a cross-sectional and longitudinal perspective of the lives of families in stage five. The understanding of the realities of family expressed, contributed to the identification of their problems, health needs, but also of their capabilities and potentialities. In line with the findings, a theoretical triangulation was prepared that contributed to the recognition of the existence of healthy families. The data corroborate that it is possible to integrate the young adults of these families, including the informants interviewed, in the period of emerging adulthood and no health needs were identified that might prove specific to families in the five stage of the lifecycle. A common feature is that the families never felt any interest from health professionals, namely nurses in knowing them. It is therefore important that health services use strategies such as the implementation of family health's programs, so that the health needs are met and the families recognize health professionals as a resource for pursuing their family plans.

Résumé

La santé des familles se détache comme le sujet central de cette étude. Se partait d'une constatation, trouvée près des professionnels de santé et de publications, de l'accent mis à l'évaluation des modifications de santé des personnes et son manque, en ce qui concerne l'évaluation de la santé et à l'importance de la famille. Ajoutée à une plus grande ignorance des réalités de la famille dans la cinquième étape du cycle de vie, les familles avec de jeunes adultes. Cette étude essaye de comprendre, avec l'aide d'étudiants de l'enseignement supérieur et par une approche qualitatif, l'expérience de leurs familles, pour déterminer leurs besoins de santé. L'analyse du discours produit par les étudiants, pendant des entrevues semi-structurés, a rendu possible la construction de domaines du parcours familier, dans une perspective transversale et longitudinale de la vie des familles dans la cinquième étape. La compréhension des réalités familières exprimées, a concouru pour l'identification de leurs problèmes, les besoins de santé, mais aussi de leurs capacités et de potentialités. En harmonie avec les trouvailles, une triangulation théorique a été établie qui a contribué à la reconnaissance de l'existence de familles saines. Les données corroborent qui le jeunes adultes de ces familles, peuvent être intégrés, y compris les informateurs interviewés, au cours de la période de l'âge adulte émergents et ne se sont pas identifiées des besoins de santé qui se révélaient spécifiques de familles dans la cinquième étape du cycle de vie. Un trait commun est des familles ne pas avoir senti tout intérêt de la part des professionnels de santé, notamment des infirmiers, à les connaître. Il est donc important que les services de santé utilisent des stratégies, comme la mise en œuvre de programmes de santé de la famille, pour que les nécessités de santé soient satisfaites et les familles reconnaissent les professionnels de santé, comme une ressource pour la poursuite de leurs projets familiers.

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – FAMÍLIA E DINÂMICA FAMILIAR	11
1.1 – POLÍTICAS SOBRE A FAMÍLIA	12
1.2- EVOLUÇÃO TEMPORAL E ESPACIAL DA FAMÍLIA PORTUGUESA	16
1.3– CONCEITO	18
1.4 – FUNÇÕES FAMILIARES	23
1.5– FAMÍLIA E SOCIALIZAÇÃO DO INDIVÍDUO	31
1.6 – CICLO VITAL DA FAMÍLIA	42
1.7– FAMÍLIA E SAÚDE	48
1.7.1 – Dinâmica familiar e saúde	59
1.7.2 – Família cuidadora	66
1.7.3 – Família centro de cuidados	70
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	83
CAPÍTULO 2 – FINALIDADES	87
CAPÍTULO 3 – OBJECTIVOS	91
CAPÍTULO 4- MATERIAL E MÉTODOS	95
4.1- POPULAÇÃO E AMOSTRA	98
4.2- INTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	100
4.3 – TRATAMENTO DE DADOS	101

p.

4.4 – PROCEDIMENTO ÉTICO 103

4.5- PROCEDIMENTO 105

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DOS RESULTADOS 111

5.1- VISÃO TRANSVERSAL DAS FAMÍLIAS 112

5.2- VISÃO LONGITUDINAL DAS FAMÍLIAS 118

5.3. – FOCOS DE ENFERMAGEM 160

5.4- PONTOS FORTES DAS FAMÍLIAS 172

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 183

CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES 219

BIBLIOGRAFIA 231

ANEXOS 257

ANEXO 1 - Modelo de Avaliação Familiar de Friedman (versão curta) (traduzido e adaptado)

ANEXO 2- Primeiro Sistema de categorias

ANEXO 3- Autorização de realização das entrevistas

ANEXO 4- Dados - Visão transversal das famílias

ANEXO 5- Dados – Visão longitudinal das famílias

ANEXO 6- Dados - Focos de Enfermagem

Anexo 7 – Triangulação

Anexo 8 – Dados - Pontos fortes das famílias

ÍNDICE DE QUADROS

		p.
Quadro n.º 1-	Distribuição numérica e percentual do número de elementos por família	113
Quadro n.º 2-	Distribuição numérica e percentual de quais os elementos presentes por família	114
Quadro n.º 3-	Distribuição numérica e percentual dos elementos das famílias por grupo etário	114
Quadro n.º 4-	Distribuição numérica e percentual dos elementos das famílias pela escolaridade	115
Quadro n.º 5-	Distribuição numérica e percentual dos elementos das famílias pela ocupação (profissional ou não)	115
Quadro n.º 6-	Distribuição numérica e percentual das famílias pelo nível socioeconómico	116
Quadro n.º 7-	Distribuição numérica e percentual do auto posicionamento familiar no nível socioeconómico pelo elemento inquirido de cada família	117
Quadro n.º 8-	Distribuição numérica e percentual das famílias pela referência à utilização do centro de saúde para consultas	117
Quadro n.º 9-	Categorias e subcategorias do domínio – Interacção familiar externa	119
Quadro n.º 10-	Distribuição das famílias na categoria Cultura e respectivas subcategorias	122
Quadro n.º 11-	Distribuição das famílias na categoria Práticas religiosas e respectivas subcategorias	123
Quadro n.º 12-	Distribuição das famílias na categoria Nível sócio económico e respectivas subcategorias	124

p.

Quadro n.º 13- Distribuição das famílias na categoria Mobilidade geográfica e respectivas subcategorias 125

Quadro n.º 14- Distribuição das famílias na categoria Interligação família/comunidade e respectivas subcategorias 126

Quadro n.º 15- Distribuição das famílias na categoria Recreação e respectivas subcategorias 127

Quadro n.º 16- Distribuição das famílias na categoria Habitação e respectivas subcategorias 128

Quadro n.º 17- Distribuição das famílias na categoria Ambiente e respectivas subcategorias 129

Quadro n.º 18- Distribuição das famílias na categoria Suporte social e respectivas subcategorias 130

Quadro n.º 19- Distribuição das famílias na categoria Utilização dos serviços de saúde – Local e respectivas subcategorias 131

Quadro n.º 20- Distribuição das famílias na categoria Utilização dos serviços de saúde - Motivo e respectivas subcategorias 134

Quadro n.º 21- Categorias e subcategorias do domínio – Interacção familiar interna 136

Quadro n.º 22- Distribuição das famílias na categoria Comunicação e respectivas subcategorias 138

Quadro n.º 23- Distribuição das famílias na categoria Poder e respectivas subcategorias 140

Quadro n.º 24- Distribuição das famílias na categoria Valores e respectivas subcategorias 141

p.

Quadro n.º 25- Distribuição das famílias na categoria Função socialização, respectivas subcategorias e sub-subcategorias 144

Quadro n.º 26- Distribuição das famílias na categoria Função afectiva e respectivas subcategorias 146

Quadro n.º 27- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Prestar cuidados) e sub-subcategorias 148

Quadro n.º 28- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Exercício físico) e sub-subcategorias 150

Quadro n.º 29- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Alimentação) e sub-subcategorias 151

Quadro n.º 30- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Higiene oral) e sub-subcategorias 153

Quadro n.º 31- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Hábitos de sono) e sub-subcategorias 154

Quadro n.º 32- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Comportamentos aditivos) e sub-subcategorias 155

Quadro n.º 33- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Opinião sobre serviços de saúde) e sub-subcategorias 156

Quadro n.º 34- Distribuição das famílias na categoria Estratégias resolução problemas e respectivas subcategorias 158

Quadro n.º 35- Categorias e subcategorias da dimensão – Focos de Enfermagem 160

p.

Quadro n.º 36- Distribuição das famílias na categoria Uso de tabaco, respectiva subcategoria e termo qualificador 162

Quadro n.º 37- Distribuição das famílias na categoria Processo familiar, respectivas subcategorias e termos qualificadores 163

Quadro n.º 38- Distribuição das famílias na categoria Comunicação, respectiva subcategoria e termo qualificador 164

Quadro n.º 39- Distribuição das famílias na categoria Comportamento de procura de saúde, respectiva subcategoria e termo qualificador 164

Quadro n.º 40- Distribuição das famílias na categoria Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos respectivas subcategorias e termo qualificador 165

Quadro n.º 41- Distribuição das famílias na categoria Fazer exercício, respectiva subcategoria e termo qualificador 166

Quadro n.º 42- Distribuição das famílias na categoria Adaptação, respectiva subcategoria e termo qualificador 166

Quadro n.º 43- Distribuição das famílias na categoria Apego, respectiva subcategoria e termo qualificador 167

Quadro n.º 44- Distribuição das famílias na categoria Barreira à comunicação, respectiva subcategoria e termo qualificador 167

Quadro n.º 45- Distribuição das famílias na categoria Satisfação conjugal, Participação, Bem-estar psicológico, Divertir-se, respectivas subcategorias e termos qualificadores 168

p.

Quadro n.º 46- Distribuição das famílias na categoria Aceitação, Apoio social, Bem-estar físico, Comportamento assertivo, Comportamento interactivo, Isolamento social, Rendimento familiar, Tomar conta, respectivas subcategorias e termos qualificadores 169

Quadro n.º 47- Categorias e subcategorias da dimensão – Pontos fortes das famílias 173

Quadro n.º 48- Distribuição das famílias na categoria Casamento sólido e respectivas subcategorias 174

Quadro n.º 49- Distribuição das famílias na categoria Poder paternal democrático e respectivas subcategorias 175

Quadro n.º 50- Distribuição das famílias na categoria Coesão familiar e respectiva subcategoria 175

Quadro n.º 51- Distribuição das famílias na categoria Comunicação e respectiva subcategoria 176

Quadro n.º 52- Distribuição das famílias na categoria Capacidade de solucionar problemas e respectiva subcategoria 176

Quadro n.º 53- Distribuição das famílias na categoria Abertura na partilha de sentimentos e respectiva subcategoria 177

Quadro n.º 54- Distribuição das famílias na categoria Lidar com as perdas e respectiva subcategoria 178

Quadro n.º 55- Distribuição das famílias na categoria Crença na bondade humana e respectivas subcategorias 178

Quadro n.º 56- Distribuição das famílias na categoria Promoção da intimidade e autonomia e respectivas subcategorias 179

ÍNDICE DE FIGURAS

		p.
Figura n.º1 –	Diagrama de proximidade da família 3	147
Figura n.º2 –	Perspectiva de potencial evolução	226

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		p.
Gráfico n.º 1 –	Distribuição percentual do número de elementos por família	113
Gráfico n.º 2 –	Distribuição percentual das famílias pela referência à utilização do centro de saúde para consultas	118

INTRODUÇÃO

A relevância que a família tem para cada um de nós e em termos de comunidade é indiscutível. A leitura sobre o que representa a família está embebida nas raízes culturais de cada ser humano. Essa representação, se individual, tem todavia, uma certa proximidade com a de outros indivíduos que crescem num mesmo ambiente cultural, muitas vezes coincidente com um ambiente geográfico, mas também coincidente numa mesma herança cultural.

A aceitação desta perspectiva implica a aceitação que outros indivíduos, outras culturas terão certamente, outras leituras da família, não menos válidas, mas tão só diferentes. Por isso, afirmar que a entidade familiar tem um mesmo entendimento universal, é negar a existência de outras realidades presentes ou futuras.

O interesse no estudo da família já não é recente. Refere Santos Lucas (1995, p. 18) que *" (...) a área da família tem mais de cinquenta anos de trabalho científico nos EUA e a ela se dedicam muitos departamentos universitários."*

Se o início do investimento, na procura da apreensão da realidade familiar, já remonta a meados do século XX, o número de disciplinas que começaram a dar atenção a esse grupo, foi aumentando ao longo destas décadas. Excluiu-se desse conjunto a demografia, pois o seu contributo para a montagem dos censos foi importante. Desde sempre houve necessidade de clarificar o conceito de família, para ser uma unidade contemplada no estudo das populações, o que em Portugal já ocorre desde 1864 (Casimiro, 2003).

Este trabalho é mais um em que o seu âmbito é o estudo da família. A área de atenção não é, por isso, inovadora, mas a descoberta da relevância do conhecimento da dinâmica familiar, para a disciplina de enfermagem é relativamente recente. Esta percepção tem sido construída com os contributos de disciplinas como a sociologia, psicologia ou até a medicina.

O interesse pela dinâmica familiar, bem como os trabalhos desenvolvidos nesta área, o envelhecimento da população e as alterações estruturais da família levantam questões para novas decisões sobre políticas de saúde.

A tendência em valorizar a unidade familiar vai provocar novas adaptações do sistema de cuidados de saúde. As possíveis mudanças não serão de carácter radical, mas reajustes, à semelhança dos realizados nas alternâncias de ênfase sistemas orgânicos/indivíduo.

Também o facto de se valorizar a família como foco de cuidados, não nega a continuação do foco no indivíduo, como este não substituiu o foco colocado nas suas partes constituintes. Será pois uma construção mental, em que se entende preferencialmente a família como um sistema que, tem no seu interior subsistemas individuais que, por sua vez agrega outros subsistemas menores.

Ainda, a família, pode ser entendida como um sistema que está integrado em sistemas mais latos como uma determinada comunidade, uma nação e a população humana.

É pois a realidade familiar, uma entidade que tem sido expressa e interpretada por um prisma qualitativo, das suas relações, e pela visão da sua manifestação numérica dentro da sociedade. E a expressão do número de famílias tem sofrido uma constante evolução, nomeadamente em Portugal. Entre os dois últimos censos houve um aumento de 16% nas famílias clássicas, sendo em 2001, o número de famílias, de 3 650 757.

De acordo com Almeida, (2003a, p. 54) "*A taxa de variação do número de famílias (16%) foi bastante superior à taxa de variação dos efectivos populacionais residentes em famílias clássicas (4,6%), o que se reflectiu na diminuição média da família de 3,1 para 2,8 pessoas.*" Para esta realidade também contribuiu a variação do número de famílias unipessoais, com um aumento próximo dos 45% entre 1991 e 2001.

No entanto a população portuguesa ainda se constitui em famílias com um número de pessoas, em média superior, às 2,4 pessoas por família, da média da União Europeia.

Mas também neste período ocorreu um aumento das famílias institucionais com uma variação de 61,5% (Almeida, 2003a). As alterações que em Portugal, a

dimensão e composição da família apresentam podem ser associadas a aspectos como o declínio da fecundidade, o aumento da esperança de vida.

As transformações que ocorreram nas famílias portuguesas acompanharam as mudanças que se sucederam noutros países mas, como refere Almeida (2003a, p. 51) *"Curiosamente esta mudança tão expressiva das práticas não destrói a relevância genericamente atribuída pelos portugueses à família, enquanto valor: em sucessivos inquéritos realizados à população portuguesa, ela é sistematicamente representada como um dos domínios da vida a que maior importância atribuem e em que mais confiança depositam."*

Na área da saúde a abordagem da família e sua dinâmica tem sido mais numa perspectiva de doença e de cuidar. No início deste século a OMS lançou as bases para o desenvolvimento de um novo perfil de intervenção em enfermagem que designou como enfermeiro de saúde da família. No documento em que a OMS explicita o âmbito de acção deste "novo" enfermeiro, afirma-se que esta perspectiva é considerada como um contributo essencial para a consecução das políticas da Saúde 21.

As políticas da Saúde 21 visam alcançar a saúde para todos. Conseguindo atingi-la pela conquista de dois objectivos principais: "*promover e proteger a saúde das pessoas ao longo da vida e reduzir a incidência e o sofrimento resultante das principais doenças ou incapacidades*" (WHO, 2000b, p. 1).

Estes objectivos, se bem que o seu enunciado vise a pessoa individual, podem ser entendidos como reportando-se também à pessoa colectiva como família e comunidade. Esta visão de grupo está presente nos documentos da organização, como foco de atenção das políticas de saúde e dos profissionais que as concretizam, em que o enunciar da figura do enfermeiro de família é um exemplo.

A enfermagem, como profissão e vocação, assenta histórica e culturalmente em três áreas que são a preservação e recuperação da saúde, defender o bem-estar das pessoas com necessidades e o serviço à sociedade (OMS, 2001). Apesar de muitas enfermeiras trabalharem em hospitais é reconhecido pela OMS que "*um número crescente de enfermeiras e parteiras está a trabalhar na comunidade, prestando cuidados e apoio às famílias, orientando e*

habilitando as pessoas a encontrar formas de satisfazer as suas necessidades em saúde" (2001a, p. 7).

No contexto desta afirmação, a família não é entendida como correspondendo só à família nuclear ou alargada, mas inclui também outras formas de relacionamento pessoal e pequenos grupos sociais.

O grupo profissional de enfermagem, segundo a mesma fonte representa, em termos europeus, o maior grupo na área da saúde, cuja grandeza se caracteriza por um, em cada cento e quarenta e cinco cidadãos europeus, ser enfermeiro. A preparação dos profissionais para assumirem as mudanças com que se estão a deparar torna-se, pois, essencial.

A formação destes profissionais tem que integrar o conhecimento que é continuamente produzido, para que seja incorporado no desempenho profissional, com a finalidade de manter e incrementar os níveis de qualidade da intervenção, como resposta às expectativas da sociedade.

Estas são algumas das preocupações presentes numa instituição de formação de profissionais de saúde. Partilha-se estas inquietações pelo desempenho de funções numa escola que forma enfermeiros. A importância de adequar os conteúdos teóricos e práticos, ao desempenho e competências que se espera que os enfermeiros desenvolvam, é algo que se acompanha.

Por isso, a necessidade de se estar actualizado, face ao conhecimento produzido e de se criar condições para que essa produção aconteça, está sempre presente.

Mas o avanço no sentido de trabalhar a extensão da oferta de cuidados de enfermagem, impõe que primeiro se identifique se há necessidade de cuidados. Será que a família precisa de uma oferta de cuidados diferente daquela que tem sido apresentada?

Coloca-se a dúvida se as famílias procuram cuidados de enfermagem se não tiverem identificado, em qualquer um dos seus membros uma alteração, uma incapacidade, uma dependência inesperada.

Estas famílias aparentemente sem problemas de saúde deslocam-se às instituições de saúde para os seus elementos serem vacinados, por ser necessário a confirmação, pelos serviços de saúde que um dos seus membros possui

determinado requisito para aceder a uma actividade específica, poder candidatar-se a ter a carta de condução ou eventualmente para se certificarem que não têm qualquer problema de saúde. E nos restantes episódios da família haverá necessidade da oferta de cuidados de enfermagem?

Poucos estudos há que versem esta temática, de saber quais as necessidades em cuidados, das famílias que não têm qualquer problema de saúde identificado, em todos ou em algum dos seus membros. Há outros estudos que acompanham toda a evolução familiar, mas são originários de outras áreas e não no âmbito da saúde.

Depara-se, ainda, com alguma lacuna na área da promoção da saúde das famílias. Este vazio resultará da priorização das intervenções dos profissionais de saúde recaírem sobre as situações, agudas ou crónicas, de doença e as necessidades de saúde expressas pelas pessoas. As intervenções de promoção de saúde estão, por isso, confinadas a propósitos presentes nos documentos das OMS, das associações e organizações internacionais e das políticas de saúde dos estados. Dificilmente se encontram relatadas como práticas consistentes e habituais do exercício profissional.

Um caminho passível de ser trilhado passará pela valorização e investimento na construção ou manutenção da saúde, nas lógicas da salutogénese, em que as intervenções de promoção da saúde terão toda a pertinência. Para a consecução de uma abordagem diferente da tradicional, novas estratégias de acesso têm sido equacionadas, levando a que o encontro entre os profissionais de saúde e os cidadãos seja deslocado, para fora do ambiente das instituições de saúde.

A importância de se considerar a utilização de outros locais, para a prestação de cuidados de saúde, junto das pessoas que os frequentam, e sobre as características dos próprios locais, remonta a 1980, nas Estratégias de Saúde para Todos da OMS. Este movimento foi alimentado pelas discussões e documentos resultantes das conferências sobre Promoção da Saúde. Os “settings” são identificados como sendo, por exemplo, escolas, locais de trabalho ou cidades.

Também em Portugal encontra-se, no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, como estratégia geral, a abordagem com base em “settings”. É reconhecido que

"é na escola, no local de trabalho e nos locais de lazer que é despendido grande parte do tempo útil de um dia normal" (Ministério da Saúde, 2004, Vol I, p. 44). Assim, a intervenção junto da população, nesses locais, foi eleita como relevante para se atingir ganhos em saúde.

O mesmo plano apresenta ainda, como estratégia prioritária, as abordagens centradas na família e valoriza o ambiente familiar como um setting a privilegiar, nas intervenções em diferentes momentos do ciclo de vida, como o nascimento, a idade adulta ou envelhecimento (Ministério da Saúde, 2004, Vol II).

A família reveste-se assim, como uma entidade de interesse primordial, na área da saúde, e na família podem convergir intervenções de promoção, manutenção e recuperação da saúde. Será por isso fundamental atender à meta 18, da Saúde 21 que refere: *"até ao ano 2010, todos os Estados Membros devem ter assegurado que os profissionais de saúde e profissionais de outros sectores tenham adquirido conhecimentos adequados, atitudes e competências para proteger e promover a saúde"* (WHO, 1999, p. 198).

A sociedade civil tem respondido ao incentivo do envolvimento nas questões da saúde, pela preocupação presente com a saúde dos cidadãos e da família. Verifica-se tal, pela existência de numerosas associações e organizações cuja finalidade é apoiar as famílias, contribuindo para um maior bem-estar das mesmas, utilizando com uma cada vez maior frequência, as facilidades das ligações da rede virtual.

Competirá aos profissionais de saúde desenvolver parcerias e incentivar a participação de todos, contribuindo para que as metas de saúde sejam alcançadas. Esta perspectiva já se encontra, presentemente, difundida e documentada, faltando, no entanto, que a sua concretização, pelos profissionais de saúde, seja uma prática generalizada.

A enfermagem portuguesa encontra-se perante novas solicitações, exigência de respostas reformuladas, numa oscilação entre o presente e o futuro, havendo que identificar necessidades, fundamentar percursos e intervenções, para poder responder a estes desafios.

É pois na dialéctica dos desenvolvimentos que se têm produzido, relativos às políticas da saúde, a nível internacional e nacional, e dos avanços teóricos em

enfermagem, conjugado com as particularidades da realidade familiar que se processou esta pesquisa.

O presente trabalho enquadra-se então numa perspectiva de promoção e protecção da saúde, da pessoa e do colectivo sendo relevante na área de conhecimento de enfermagem. A motivação central para o desenvolvimento desde percurso de pesquisa prende-se com a possibilidade de se constituir como um contributo para a enfermagem, especialmente para os enfermeiros portugueses.

Este documento encontra-se organizado em duas partes, por sua vez divididas em capítulos, no sentido de criar uma sequência que facilite a exposição e a leitura.

No primeiro capítulo, Família e Dinâmica Familiar, apresentam-se diferentes perspectivas sobre a família. A explanação começa com a contextualização legislativa do núcleo familiar, na realidade portuguesa e as iniciativas governamentais que visam apoiá-la. Reporta-se numa abordagem breve, a óptica das instituições europeias. Enumeram-se algumas actividades de âmbito mundial, como o Ano Internacional da Família, sob o patrocínio da Organização das Nações Unidas.

O capítulo inicial continua com a caracterização dos mais recentes números oficiais, das famílias portuguesas. Apresenta-se de forma mais pormenorizada, a evolução do número, composição e dimensão das famílias, em diferentes momentos. Perante os possíveis significados de família, este é explorado de acordo com diferentes disciplinas, desde a demografia, sociologia, à enfermagem.

Num subcapítulo, reúne-se o conhecimento sobre as funções da família recorrendo à perspectiva de diferentes autores. Também se realça a evolução que se tem observado nas funções familiares, fruto de novas realidades sociais. É apresentada a grande ênfase que é dada, pelos defensores da teoria estrutural – funcional, às funções da família, pois consideram-na como uma unidade funcional.

Estende-se este capítulo, pela abordagem das questões da socialização. São equacionadas os limites temporais de socialização, a evolução que se percebe nos pontos de vista mais tradicionais ou mais contemporâneos. Expõem-

se as controvérsias sobre o que é entendido por juventude, idade adulta, emancipação e os movimentos sociais que acompanham as diferentes perspectivas. A forma como estes conceitos contaminam as problemáticas das políticas sociais e de saúde, também é destacada.

O ciclo vital da família, com os seus estádios preenche um outro subcapítulo. O entendimento da família como uma realidade que nasce, evolui e termina é partilhado por muitos teóricos. Encontram-se, no entanto, algumas diferenças no número de estádios identificados e consequentemente nas tarefas de desenvolvimento que se colocam aos membros das famílias aquando da transição para as etapas seguintes.

A primeira parte termina com o subcapítulo que integra as questões da família e da saúde. Explana-se a visibilidade que a família tem nas políticas, no discurso dos profissionais de saúde, na sua formação e prática. As mudanças mais recentes, na organização do Serviço Nacional de Saúde, são equacionadas à luz da inclusão da família, como área de interesse. As políticas de saúde internacionais são invocadas, realçando as lógicas da promoção da saúde pelo recurso às cartas das conferências e a vasta documentação da Organização Mundial de Saúde.

A dinâmica familiar é aprofundada, recorrendo à teoria geral dos sistemas. São apresentadas perspectivas diversas, sobre a realidade familiar, as diferentes vivências das famílias. É dada ênfase às leituras sobre as famílias, na procura das características que se percebem estar presentes nas famílias saudáveis.

Também a família como unidade que cuida dos seus membros e como alvo de cuidado dos profissionais de saúde é objecto de desenvolvimento. São apresentados resultados de vários estudos, em que são elencados os diferentes papeis que os membros da família assumem e as adaptações que a família realiza, na vida quotidiana, para responder a necessidades de cuidados.

A família como centro de cuidados é explanada pelo recurso às orientações teóricas mais recentes quer ao nível dos cuidados de saúde em geral, quer ao nível dos desenvolvimentos produzidos, dentro da disciplina de enfermagem. Expõem-se vários modelos de avaliação e intervenção familiar, estratégias e instrumentos que os subsidiam. Ainda se apontam as classificações

internacionais que auxiliam os enfermeiros na documentação da sua actividade e que possibilitam a divulgação e comparações, dentro e além fronteiras.

A segunda parte está igualmente dividida. São apresentadas as motivações que estiveram na base do presente estudo. Esta motivação tem por base três fundamentos relacionados com o menor conhecimento existente sobre a abordagem familiar, entendendo-a como uma unidade de atenção. Ainda por se perceber que existem famílias que não são acompanhadas pelos profissionais de saúde. Por último, a percepção que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é maioritariamente de resposta a solicitações, em situações de alteração de saúde e ser de menor relevância as actividades de promoção da saúde.

Posteriormente é explanada a finalidade do estudo, pelo contributo que se espera possível para o aumento de conhecimento em enfermagem e da saúde da família. Mas é também clarificado o âmbito do estudo e afirmada a questão de partida: As famílias com jovens adultos têm necessidade de ser conhecidas pelos serviços de saúde?

Face a esta questão são enunciados as perguntas da pesquisa e os objectivos do trabalho. Os considerandos que com eles, conjuntamente, estão interligados, constituem o capítulo três: Objectivos.

O capítulo seguinte é destinado à apresentação da metodologia do estudo. Numa primeira parte aborda-se o enquadramento das opções metodológicas. Discorre-se sobre a população e amostra, assente nas escolhas e decisões que foram tomadas. Define-se os instrumentos aplicados no estudo e a fundamentação para a sua selecção.

Continua este capítulo com a previsão inicial do tratamento de dados, as questões éticas inerentes à investigação em geral e extensíveis a este trabalho. Completa-se o capítulo Material e Métodos com a explicação do procedimento utilizado no estudo.

No capítulo seguinte explana-se a análise dos dados obtidos junto dos informantes e os resultados alcançados. A apresentação é deliberadamente extensa por se apostar na clareza e na completa exposição do percurso da investigação. É remetida para anexo alguma informação de pormenor, com o intuito de não fraccionar a narrativa. Este capítulo está dividido de acordo com as

dimensões consideradas na análise. A encerrar o capítulo são sintetizados os resultados.

Segue-se a discussão dos resultados. Apresentam-se algumas considerações sobre as opções metodológicas eleitas. Comparam-se os achados com os dados disponíveis nos documentos de referência. É ainda apreciada a extensão do estudo e as respostas que o estudo proporcionou.

O relato do trabalho é encerra com a inclusão das conclusões do estudo, pela resposta final às questões que estiveram na base da sua realização. Ponderam-se algumas sugestões sobre futuros trabalhos e desenvolvem-se algumas implicações para a orientação de cuidados de enfermagem.

Espera-se e aspira-se a que o entusiasmo colocado e que se teve na realização do trabalho seja igualmente sentido pelo leitor, pois tal poderá ser indicativo do interesse que o mesmo pode revestir, para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e da saúde das famílias.

CAPÍTULO 1 – FAMÍLIA E DINÂMICA FAMILIAR

Dissertar sobre a família é simultaneamente uma tarefa fácil, se a família em questão é a própria ou difícil quando se reporta a uma entidade externa. Esta dificuldade assenta na pluralidade das realidades familiares, nas particularidades de cada uma, nos contextos onde a vida familiar se desenvolve. Sendo a família uma realidade complexa, tem sido centro de interesse de diversas áreas do conhecimento.

Este capítulo versa a apresentação de distintas perspectivas sobre a família. Inicialmente expõem-se as políticas que o estado português e algumas organizações internacionais têm sobre a família. A magnitude do fenómeno da família, na realidade social portuguesa, também é referida, recorrendo aos dados do último censo. Mas quando se pensa sobre a família é necessário explicitar o seu conceito. Por isso é introduzido um subcapítulo onde são apresentados os diferentes significados que se encontram sobre o conceito família e são realçadas as dificuldades de se encontrar um que reúna o consenso.

Depois da tentativa de clarificar o que pode ser entendido por família, apresentam-se as funções que comummente são atribuídas à família. A que se segue um subcapítulo, sobre a perspectiva da socialização das gerações mais novas da família, sendo dado ênfase às problemáticas de socialização dos descendentes que já ultrapassaram o período da adolescência.

Todas as famílias trilham um percurso que se inicia com a sua formação, até à extinção, por morte dos seus membros ou por quebra dos laços que os unem. Este percurso tem sido identificado como o ciclo vital da família. São assim apresentados os diferentes estádios porque passam as famílias e os desafios que a vivência familiar coloca aos seus membros.

Este capítulo é encerrado com a apresentação das problemáticas da família e da saúde. As questões que são exploradas referem-se ao papel que é atribuído à família quer como prestador de cuidados quer como alvo de cuidados. É ainda

abordada a centralidade que mais recentemente tem sido reconhecida à família, nas orientações dos cuidados de saúde.

1.1 – POLÍTICAS SOBRE A FAMÍLIA

Quando se tenta fazer uma leitura da vida de cada ser humano torna-se praticamente impossível esquecer que o mesmo é criado e se desenvolve na relação. Cada indivíduo potencia a sua herança genética, no intercâmbio com o ambiente, principalmente o ambiente humano.

Um dos grupos humanos identificado na literatura, na legislação, na política, é a família. A Constituição da República Portuguesa consigna, no Capítulo I sobre *Direitos, Liberdades e Garantias Pessoais*, no número 1 do artigo 36.º que *"todos têm o direito de constituir família e de contrair casamento em condições de plena igualdade"* e no número 2 do mesmo artigo que *" a lei regula os requisitos e os efeitos do casamento e da sua dissolução..."*

Independentemente de considerações sobre as várias expressões familiares ou conceitos de família, a que se aludirá posteriormente, importa salientar que a realidade familiar é a percebida por cada indivíduo, sendo centro de discursos nacionais e internacionais.

A vida familiar dos portugueses rege-se pelo contexto político – legislativo português e também pela influência que as políticas das organizações internacionais têm, ainda que de forma indirecta.

O Estado Português reconhece o direito da família ser protegida o que se pode verificar no número 1 do artigo 67.º do Capítulo II sobre *Direitos e deveres sociais*, da Constituição da República Portuguesa, onde está declarado que *"a família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros."*

Uma das incumbências do Estado, relativamente à protecção da família, vem referida na alínea g) do número 2 do mesmo artigo, onde diz que este deve *"definir, ouvidas as associações representativas das famílias, e executar uma política de família com carácter global e integrado."*

Os diferentes governos têm consubstanciado este imperativo constitucional através da criação de diferentes estruturas de governo como foi a criação da Comissão Interministerial da Família, o Conselho Consultivo dos Assuntos da Família e a Direcção-Geral da Família, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 83/91 de 20 de Fevereiro.

Posteriormente outros governos tiveram outras opções como a criação em 1996 do Alto-Comissário para as Questões da Promoção da Igualdade e da Família que tinha na sua dependência o Conselho Nacional da Família. Este Conselho elaborou um plano para uma política global de família aprovado pelo Conselho de Ministros de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 7/99 de 9 de Fevereiro.

Mais recentemente o governo de acordo com o Decreto-Lei n.º 150/2000 de 20 de Julho transformou o Conselho Nacional da Família em Comissão Nacional da Família passando esta a estar integrada no Ministério do Trabalho e Solidariedade. O XV Governo Constitucional também legislou nesta matéria criando, pelo Decreto-Lei n.º 3/2003 de 7 de Janeiro, a figura do Coordenador Nacional para os Assuntos da Família que passou a exercer as competências dos anteriores órgãos que em consequência foram extintos. O mesmo diploma cria o Conselho Consultivo e o Observatório para os Assuntos da família na dependência do Coordenador nacional.

Já em 2006, o XVII Governo Constitucional altera estes organismos, extinguindo a figura do Coordenador Nacional e cria a Comissão para a Promoção de Políticas de Família, órgão de natureza técnica e operacional que funciona na dependência do ministro do trabalho e da solidariedade social, e um Conselho Consultivo das Famílias que é presidido pelo presidente da Comissão.

Estas são as mais recentes estratégias centrais dos governos portugueses relacionadas com as políticas da família. O interesse na família tem também um carácter extra nacional e outros estados terão outras políticas.

Existem países que têm políticas familiares mais favoráveis do que as políticas portuguesas. Segundo o Instituto de Política Familiar (IPF, 2008), metade das nações europeias têm uma estrutura governativa (ministério) da família.

Ainda, segundo dados apresentados por este instituto, na Europa, por cada treze euros utilizados em gastos sociais um euro é para a família. Em

Portugal e utilizando a mesma fonte, em 2005, o estado gastou cento e oito euros por pessoa/ano em políticas familiares, valor bastante inferior aos quatrocentos e setenta euros de média da UE dos 27.

De acordo com o IPF (2008), a Carta de Direitos Fundamentais da União Europeia legitima a UE a envolver-se no debate sobre a política familiar. Reconhecem, no entanto os órgãos da UE que, por questões de subsidiariedade e eficácia, a competência da definição e implementação das políticas é dos estados – membros.

É, todavia, identificado pelo IPF que não existe na UE qualquer organismo ou agente político responsável pelas políticas familiares. Os assuntos relacionados com a família são encaminhados pela Comissária do Emprego, Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades.

Refere este instituto que o Observatório das Políticas Familiares da UE funcionou entre 1989 e 2004, tendo sido substituído pelo Observatório sobre Demografia e Situação Social. E que apesar de existirem noventa e cinco Livros Verdes, desde 1984, de autoria da UE, nenhum é relativo à família.

Mas a relevância das questões da família ultrapassa o âmbito da UE. Tal se pode verificar com a proclamação em 1994, pela Organização das Nações Unidas (ONU), do Ano Internacional da Família sob o lema "A família: recursos e responsabilidades num mundo em mudança".

Segundo o coordenador deste evento e de acordo com Santos Lucas (1995), o Ano Internacional da Família significou *"o começo de um longo processo"* (p. 13). Ainda, segundo este autor (p. 13), as iniciativas que decorreram durante esse ano procuraram *"...promover o debate das prioridades em relação à acção dos governos e da sociedade a respeito da família:*

> *1.º Questionou-se sobre como reforçar a capacidade das famílias para satisfazerem as suas próprias necessidades;*
>
> *2.º Procurou-se a clarificação (e o equilíbrio) entre o que se deve esperar das famílias para que estas satisfaçam autonomamente as suas necessidades e o que se deve esperar da prestação pública de serviços;*

3.º Procurou-se fazer o reconhecimento não só dos efeitos dos males sociais sobre e nas relações familiares, mas também da intervenção governamental, através de políticas explícitas que pode ser necessária para confrontar comportamentos negativos ou, mesmo, a exploração no seio da família."

A ONU continuou a dar ênfase às políticas sobre a família com as resoluções 54/124 de 1999 e 57/164 de 2002, recomendando que nomeadamente os governos e a sociedade civil se articulem para que através de medidas concretas, tendam a reforçar a família, económica e socialmente.

Também, no 10.º aniversário do Ano Internacional da Família (AIF+10) o Secretário-Geral da ONU, no dia que foi instituído como o Dia Internacional das Famílias (15 de Maio), instou os estados membros a continuar a persecução dos objectivos traçados no Ano Internacional da Família, convidando ao empenhamento de todos em assegurar um ambiente susceptível de apoiar as famílias, para benefício das gerações vindouras.

A sociedade civil tem-se organizado no sentido de divulgar informação, recursos e apoios a que as famílias podem recorrer. As novas tecnologias forneceram um leque de possibilidades e como consequência o resultado dessas iniciativas privadas pode ultrapassar facilmente a área geográfica onde tiveram a sua génese.

Um cada vez maior número de famílias, nomeadamente em Portugal, pode ter acesso a essas informações ou serviços, pois em 2005, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística, em 42,5% dos lares existia computador e em 31,5% havia ligação à Internet. Mas ainda resta um número significativo de famílias que só poderão aceder à informação junto das instituições de apoio.

Após esta breve contextualização da realidade das famílias, apresenta-se a sua mais recente evolução no tempo cronológico, pela leitura da dimensão demográfica das famílias portuguesas.

1.2- EVOLUÇÃO TEMPORAL E ESPACIAL DA FAMÍLIA PORTUGUESA

Em Portugal, através dos dados trabalhados pelo Instituto Nacional de Estatística, tem-se uma perspectiva da evolução das famílias portuguesas nos últimos anos. Um dos conceitos de família, tratado nestas estatísticas é o de família clássica (fonte INE): *" conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento"*.

De acordo com os resultados definitivos do Censos de 2001, em Portugal, numa população de 10 329 340 habitantes, existiam 3 650 757 famílias. Segundo o INE este valor traduziu um aumento de 16% em relação ao número de famílias existentes em 1991 que por sua vez já tinha apresentado um aumento de 7,6% em relação aos resultados observados em 1981. O acréscimo do número de famílias na última década avaliada explica-se, na perspectiva deste organismo, como resultante do crescimento de 5% da população e o aumento da esperança de vida, mas também é influenciado pelas transformações da família, leitura que pode ser feita por outras variáveis demográficas, como por exemplo, as alterações nos padrões de nupcialidade e divorcialidade.

Também se pode ler a evolução das famílias portuguesas na sua composição. Assim e ainda de acordo com dados do INE, as famílias de maior dimensão têm perdido expressão no conjunto das famílias. As famílias compostas por cinco ou mais elementos em 1981 representavam 25,1% do total das famílias e em 1991 19,8%, sendo que em 2001 esse valor é de 11,4% o que representa uma diminuição de 28,6% na última década avaliada. Verifica-se assim que o aumento do número total de famílias no último período censitário deve-se ao aumentado do número de famílias com um a quatro elementos e não ao número de famílias com cinco ou mais elementos pois estas passaram de 483 562 em 1991 para 345 456 em 2001.

Constata-se, pelo Censos de 2001 que em Portugal a maior percentagem de famílias 28,4%, era a das compostas por duas pessoas o que já se tinha verificado em 1991 com 25,3%. Curiosamente na região norte, a maior

percentagem de famílias quer em 1991 quer em 2001, é composta por três elementos, 23,7% e 26,9% respectivamente. O mesmo comportamento se verifica na região do grande Porto com 26,1% em 1991 e 28,6% em 2001 para as famílias com três elementos. Contrariamente, no concelho do Porto, voltam a encontrar-se valores sobreponíveis aos dados nacionais com a maior percentagem de famílias a recair nas compostas por dois elementos com 24,6% do total de famílias em 1991 e 28,5% em 2001.

As modificações na composição da família reflectem-se na dimensão média de elementos por família que tem vindo a diminuir. Segundo os dados do INE em 1981 a dimensão média de elementos por família, em Portugal, era de 3,4 pessoas tendo passado a ser de 3,1 em 1991 e em 2001 de 2,8. Na região norte também se verificou, entre 1991 e 2001, uma diminuição na dimensão média de número de elementos por família, assim passou de 3,4 para 3,0 pessoas por família, no entanto parece haver maior número de famílias com mais elementos que a média nacional. Na região do Grande Porto o número médio de pessoas por família ainda é superior ao do país (2,9 em 2001) porém no concelho do Porto já é inferior (2,6 pessoas por família no ano de 2001).

Ainda em Portugal e relativamente aos núcleos familiares, em 1991 existiam 2 765 770 núcleos tendo aumentado para 3 069 745 em 2001. Refere o INE que núcleo familiar é o *"conjunto de pessoas dentro de uma família clássica, entre as quais existe um dos seguintes tipos de relação: casal com ou sem filho(s) não casado(s), pai ou mãe com filho(s) não casado(s), avós com neto(s) não casado(s) e avô(ó) com neto(s) não casado(s)"*.

Contribuiu para esse aumento, um acréscimo do núcleo casal com filhos, mas apesar deste núcleo familiar continuar a ser o mais expressivo, a sua importância relativa diminuiu, pois passou de 60,9% em 1991 (1 638 181) para 56,7% em 2001 (1 740 522), do total de núcleos familiares.

Um outro tipo de núcleo que tem vindo a ser cada vez mais numeroso é o formado pelas famílias monoparentais. Este núcleo passou de 9,2% (1991) para 11,5% (2001) correspondendo em números absolutos a 254 268 e 353 971 núcleos familiares, respectivamente. Dentro destes, as famílias monoparentais, mãe com filhos, teve um acréscimo superior em relação aos restantes, representando em 2001, 86,4% do total destes núcleos.

A leitura destes dados estatísticos permite perceber a dimensão das transformações familiares que segundo Silva (1995, p. 63) apresentam "*os seguintes comportamentos tendenciais: (...) -vive-se cada vez mais em família nuclear; tem-se cada vez menos crianças; vive-se cada vez mais em coabitação (...); há cada vez mais pessoas a viverem sós, particularmente entre pessoas idosas; há cada vez mais famílias constituídas por apenas uma pessoa adulta (...)*".

Explicitadas as mudanças que têm ocorrido no número e dimensão das famílias em Portugal, apresenta-se com mais pormenor o que é entendido por família, entre os diferentes prismas em que tem sido enunciada ou estudada.

1.3– CONCEITO

Quando se coloca a pergunta, sobre o que é a família ou quem é a família de cada pessoa, será obtida, facilmente, uma resposta, pois todo o ser humano saberá o que é a família. No entanto, a noção de família não representa o mesmo para todos, certamente.

Também o entendimento sobre a família tem sofrido alterações ao longo do tempo, criando uma diversidade de possíveis percepções sobre este grupo. Já no início do século XXI, encontra-se uma definição de família, da autoria do sociólogo Giddens (2000, p. 176) que afirma que *"família é um grupo de pessoas unidas directamente por laços de parentesco, no qual os adultos assumem a responsabilidade de cuidar das crianças*", sendo que os laços de parentesco são estabelecidos por casamento ou consanguinidade.

É viável fazer uma leitura das famílias não só pela sua expressão numérica mas também pela composição que cada uma encerra. Segundo, o sociólogo anteriormente citado, pode-se identificar em muitas sociedades a chamada família *nuclear* constituída por dois adultos que vivem juntos com os filhos. Se há um ou mais parentes que vivem com esse agregado pode-se considerar tratar-se de família *extensa*.

Tem-se verificado também nos últimos anos do século XX o aparecimento das chamadas famílias reconstruídas ou recompostas que segundo o mesmo

autor, Giddens (2000, p. 196), pode ser definida "*como uma família em que pelo menos um dos adultos é padrasto ou madrasta*".

Na sociedade portuguesa, contrariamente ao que acontece em alguns países da Europa, não é reconhecida legalmente a constituição de famílias de pessoas do mesmo sexo. No Código Civil, versão actualizada de 2008, pela Lei n.º 61/2008 de 31 de Outubro, no Livro IV relativo ao *Direito da Família*, vem no artigo 1576.º sobre *Fontes das relações jurídicas familiares* que *"são fontes das relações jurídicas familiares o casamento, o parentesco, a afinidade e a adopção"*. No artigo seguinte apresenta-se que *"casamento é o contrato celebrado entre duas pessoas de sexo diferente que pretendem constituir família mediante uma plena comunhão de vida, nos termos das disposições deste Código".*

Mas, nem todos os indivíduos crescem nas chamadas famílias clássicas. Há muitas vezes, uma intervenção estatal ou de iniciativa privada na oferta de uma estrutura de acolhimento e apoio ao crescimento de algumas crianças. Existem também, outros grupos de pessoas que vivendo num alojamento colectivo podem constituir outro tipo de famílias. No Censo de 2001, em Portugal, foram recenseadas 3 876 famílias institucionais sendo para este efeito considerada família institucional, segundo o INE, o *"conjunto de pessoas residentes num alojamento colectivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objectivos de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo."*

A clarificação do conceito de família reveste-se de grande importância quando se desenvolvem estudos, qualquer que seja a disciplina, sobre a família e para a qual contribuem muito a demografia e a sociologia. A necessidade de exactidão nos estudos estatísticos obriga a uma actualização dos conceitos que são utilizados nesses estudos. Refere Casimiro (2003, p. 7) que *"o objectivo fundamental dos conceitos estatísticos é garantir a harmonização e a validade na medição dos fenómenos estatísticos, de modo que essa medição caracterize bem a realidade em momentos e locais diferentes"*.

O mesmo autor afirma que como a realidade evolui, nem sempre os conceitos existentes são adequados ou por serem demasiado estáticos ou por terem sido concebidos para realidades não actuais. Impõe-se a adaptação dos conceitos de forma a permitirem uma maior eficácia na medição de diversidades.

Vários problemas se colocam na concepção do que se aferir como núcleo familiar pois, por exemplo, se é consensual integrar os filhos dependentes, menores, já não é em situações em que num alojamento existem filhos independentes economicamente e com núcleo familiar próprio. Ou como integrar filhos casados mas porque separados passaram a viver com a família de origem? Ou como considerar as famílias em que só coabitam avós e netos?

Em Portugal, desde o século XIX, o conceito de família para fins censitários sofreu alterações. Segundo Casimiro (2003) a definição do conceito de família assumiu duas sequências históricas. Até o recenseamento de 1940 parece existir a predominância da componente económica. Nesta perspectiva a família é identificada pela vivência em comum, a dependência do chefe de família e isso suge a partilha de despesas e receitas entre as pessoas que compõem a família. A partir de 1940 *" predominam as relações de parentesco como elemento determinante do agrupamento de pessoas numa família"* (Casimiro, 2003, p. 11).

Já em 1991, há uma separação do conceito de família clássica (semelhante ao conceito utilizado anteriormente) e é assumido para fins censitários a família institucional, mais próxima da perspectiva de família como unidade de convivência.

O conceito mais recente de família utilizado para intentos estatísticos reporta-se a 2001. Neste conceito percebe-se um aproximar à perspectiva económica, pois integra todas as pessoas residentes no alojamento desde que partilhem despesas e rendimentos.

Assim, segundo o INE (2001), família clássica é *"a pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de um alojamento ou o conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco de direito ou de facto, entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Inclui domésticos residentes e outras pessoas não aparentadas, com partilha de mesa e rendimentos"*.

Estas modificações, do conceito de família, resultam assim, do que Kielman (1988) explicita ao afirmar que *" muitos países ocidentais têm experimentado grandes mudanças nos modos de vida observados nas últimas décadas. O tradicional papel das famílias tem enfraquecido: membros de um mesmo casal muitas vezes vivem separados, pessoas a coabitar não são*

necessariamente casadas legalmente e pessoas casadas a coabitar nem sempre são casadas umas com as outras" (cit por Casimiro, 2003, p. 7).

A definição de família recomendada internacionalmente, na actualidade, assenta nos pressupostos económicos, associando família e alojamento (Casimiro, 2003). Esta associação reporta para uma valorização da perspectiva económica e já não o domínio da perspectiva do relacionamento, parentesco.

Stuart (1991) desenvolveu um estudo sobre o conceito de família utilizando as orientações de análise de conceitos proposta por Walker e Avant em 1988. Partiu para essa análise através da identificação do significado de família colhidos em dicionários, junto de peritos em estudos da família e em quinze anos de publicações nas áreas de enfermagem, medicina, sociologia e psicologia.

Um aspecto que este autor identificou como crucial relaciona-se com o conceito de família se referir a humanos. Separa assim outros possíveis atributos do conceito de família. Separa também a perspectiva de família ser percebida como adjectivo. Concentra a pesquisa, no conceito família como substantivo.

Stuart (1991) afirma que a análise da literatura expôs a existência de alguns atributos da família como: ser um sistema social ou unidade que é auto definida pelos seus membros e que é mutável; os membros podem ser ou não parentes por nascimento, casamento ou adopção e podem ou não viver na mesma casa; a família pode ou não ter crianças dependentes; tem de haver ligação e compromisso entre os membros que se desenvolvem com o tempo e integra a noção de obrigações futuras; a unidade exerce a função relevante da prestação de cuidados dos seus membros que se traduz na alimentação, protecção e socialização, e inclui a perspectiva de ser fonte de aprendizagem para as crianças, dos valores culturais.

Refere a mesma autora (1991, p. 33) que *"a única característica familiar é um compromisso de uma obrigação futura para a integridade dos seus membros, bem como para a unidade como um todo"*.

Alguns modelos conceptuais de enfermagem incluem o foco não só no indivíduo mas também na família. Por isso apresentam o que é entendido por pessoa e por família. Segundo Whall e Fawcett (1991) várias enfermeiras referem o que entendem por família. Apresentam, entre outras, a perspectiva de King

(1981) que afirma ser a família um sistema social que é percebido como um grupo de indivíduos interagindo.

Aquelas autoras também expõem o pensamento de Neuman (1982) que no seu Modelo de Sistemas, avança para a concepção da família como um grupo de duas ou mais pessoas que criam e mantêm uma cultura comum e em que o primeiro objectivo é a continuidade como grupo. No Modelo de Adaptação de Roy (1981) é enunciado, igualmente, um conceito de família, se bem que originalmente (na primeira versão de 1981) não o tivesse feito. Roy (1984) afirma que na sua perspectiva de adaptação do sistema familiar, é de incluir a complexidade de estímulos que afectam a família, como grupo. Esses estímulos são de natureza interna (entre os seus membros) e externa (os relativos ao meio ambiente).

Whall e Fawcett (1991) referem também o trabalho de Rogers, autora do sistema conceptual conhecido como a Ciência do Ser Humano Unitário. Rogers (1990) apresenta uma perspectiva inovadora do ser humano que posteriormente estende ao conceito de família. Assim, para esta autora, família pode ser entendida como um *campo energético*, irredutível, tetradimensional. O *campo* familiar e o *campo* ambiente estão num processo mútuo contínuo. As características da família são as manifestações desse processo.

Whall e Fawcett (1991) concluem que em alguns dos modelos conceptuais de enfermagem o conceito de família é trabalhado como uma unidade distinta e una enquanto em outros modelos a família é interpretada como um contexto dos indivíduos ou factor que os influencia.

Stuart (1991) realça que muitas definições de família estão imbuídas da perspectiva funcional. No que se relaciona com a área de enfermagem, a função da família de prestação de cuidados é o aspecto mais apresentado e que tem tido maior relevância.

Stuart (1991, p. 40) afirma que no conceito de família podem ser identificados cinco atributos críticos: *"1- a família é um sistema ou unidade; 2- os seus membros podem ou não ser parentes e podem ou não viver juntos; 3- a unidade pode ou não conter crianças; 4- existe um compromisso e ligação entre os seus membros que inclui obrigações futuras; 5- a função cuidador da unidade consiste na protecção, sustento e socialização dos seus membros"*.

Whall e Fawcett (1991) definem família como *" um grupo auto identificado de dois ou mais indivíduos cuja associação é caracterizada por relações especiais que podem estar ou não relacionadas por laços de sangue ou lei mas que funcionam de uma forma que se consideram uma família"* (p. v).

Uma outra perspectiva sobre o que se considera uma família é dada pela área da terapia familiar sistémica. Referem Sampaio e Gameiro (2002) *" a família (...) é considerada uma sistema, isto é, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, percorrido através de estádios de evolução diversificados*" (p. 9).

Esta perspectiva é igualmente defendida por Alarcão (2002). Afirma, esta autora que a família pode ser considerada como um sistema, pois apresenta as características que a identificam como tal. Assim (Alarcão, 2002, p. 40)*: "1) é composta por objectos e respectivos atributos e relações, 2) contém subsistemas e é contida por diversos outros sistemas, ou supra-sistemas, todos eles ligados de forma hierarquicamente e 3) possui limites ou fronteiras que a distinguem do seu meio"*.

Mas considerando a junção das possíveis visões sobre a família que pode ser enunciada por cada pessoa, a afirmação de Wright e Leahey sintetiza essa possibilidade: "família é quem os seus membros dizem que são" (2002, p. 68). Este enunciado, sobre quem é a família, facilita o encontro da perspectiva externa com a perspectiva partilhada dos membros da família.

1.4 – FUNÇÕES FAMILIARES

Depois de se apresentar diferentes perspectivas sobre o conceito de família, parte-se para percepção da razão porque existem famílias, qual a sua funcionalidade ou nas palavras de Friedman (1998), o que a família faz. Assim, importa aprofundar de que forma a vivência da família tem sido estudada. Recorre-se à teoria estrutural – funcional para basear a explanação sobre a família, como unidade funcional.

A teoria estrutural - funcional ajuda a fazer uma leitura das famílias ao reconhecer a importância da interacção entre a família e o seu ambiente interno e

especialmente entre a família e o seu ambiente externo. A abordagem estruturo - funcional tem um enfoque mais estático da família do que as outras teorias cuja abordagem se fundamenta mais nas alterações de cada família ao longo do tempo.

A abordagem estruturo - funcional é muito utilizada em sociologia (Friedman, 1998). Na perspectiva desta teoria a família é vista como um sistema social aberto e como um subsistema dentro da sociedade. A família terá como objectivo a socialização das crianças e a estabilização dos adultos. Também as relações da família com outros sistemas sociais encontram nesta teoria uma base para o seu conhecimento.

Mas não só os teóricos dos sistemas sociais utilizam a abordagem estrutural – funcional. Friedman (1998) refere que também os antropologistas encontram nesta perspectiva teórica relevância para os seus estudos pois percebem que não é possível compreender um aspecto particular da vida social afastado do seu ambiente. É também utilizada em psicologia, essencialmente na perspectiva gestaltista pela ênfase no conhecimento do todo e das partes e da sua interligação.

De acordo com Friedman (1998), a descrição das estruturas familiares (sua dimensão organizacional) e das funções familiares estão no centro da abordagem desta teoria. Refere Friedman (1998, p. 100) que *" os estruturo-funcionalistas vêem a família (uma das instituições sociais da sociedade), como sendo «funcional» para ou congruente com a sociedade."*

Stanhope (1999), referindo o trabalho de outros autores (Friedman, 1992; Leslie e Korman, 1989) apresenta os pressupostos gerais da abordagem estruturo-funcional. *"1- A família é um sistema social com necessidades funcionais; 2 – a família é um pequeno grupo que possui certos aspectos gerais comuns a todos os pequenos grupos; 3 – a família, como um sistema social, desempenha funções que tanto são de utilidade para o indivíduo como para a sociedade; 4 – os seus membros individuais procedem de acordo com valores e normas internas apreendidas dentro da família"* (1999, p. 495).

São comummente apontadas quatro dimensões estruturais básicas da família (Friedman, 1998): a estrutura do papel, o sistema de valores, o processo

de comunicação e a estrutura do poder. O conhecimento da estrutura permite perceber de que forma as partes estão organizadas para a construção do todo.

Para se entender o papel assumido pelos elementos da família é útil perceber as posições de cada um na família. Estas posições são identificadas como formais ou em pares. Servem de exemplo a posição de pai-marido, mãe-mulher, filho-irmão e filha-irmã. A cada uma das posições estão associados papéis correspondentes. A maior parte dos papéis assumidos na vida familiar são os esperados pela sociedade, daí serem considerados papéis formais e a todos eles corresponderem um conjunto mais ou menos homogéneo de comportamentos.

Quando o número de elementos da família é limitado ou surge um problema que impeça de desempenhar os seus próprios papéis, é usual que uma mesma pessoa tenha de desempenhar mais papéis. Várias circunstâncias podem confluir na família, para que o papel desempenhado por um elemento passe a ser assumido por outro. Isto ocorre muitas vezes nas famílias monoparentais em que a mãe passa a desempenhar o papel de mãe-pai e deixa o papel de esposa ou em caso de doença de um dos seus membros.

Há os também chamados papéis informais que contrariamente aos formais não estão ligados a posições esperadas na família e estão muitas vezes implícitos na família. Este tipo de papéis tem, muitas vezes na base, as características de personalidades de cada elemento da família. A assunção destes papéis informais muitas vezes ajudam as tarefas adaptativas da família e o seu bem-estar, outros pelo contrário aparecem e indicam famílias com problemas. A identificação dos diferentes papéis presentes em cada família é uma etapa no conhecimento da família.

Outra dimensão básica da estrutura da família é o seu sistema de valores. Os valores não são estáticos mas servem para guiar o comportamento individual. Os valores familiares servem também de guia ao desenvolvimento de normas e regras na família. As normas, sendo padrões de comportamento considerados como correctos numa determinada sociedade, têm por base o sistema de valores da família. A um nível mais específico estão as regras que também traduzem o sistema de valores familiar e que regem os relacionamentos na família.

Segundo Friedman (1998), sociólogos e psicólogos têm apontado que apesar do sistema de valores da família não se ter alterado muito ao longo do tempo, tem-se observado por outro lado, uma grande modificação nas normas e regras presentes nas famílias. Elkind (1984), um psicólogo infantil citado por Friedman (1998, p. 336) considera que *" a família pós-moderna é centrada no indivíduo e não, centrada na criança."* Também Lewis *et al* (1976) em estudos sobre valores refere, que o homem ocidental valoriza o domínio da natureza, a orientação para o futuro, o imperativo da realização e o individualismo.

O processo de comunicação é outra dimensão estrutural básica da família. A comunicação refere-se ao processo de troca de informações, opiniões, desejos, necessidades e emoções. Na família a comunicação depende das características que toma naquele contexto particular. Há grande consenso de que uma boa comunicação desenvolve e favorece as relações. Se a comunicação não verbal tem muito relevo nas relações sociais, nas relações entre os elementos de uma família ainda é mais importante, pela possibilidade de uma expressão não verbal ser rápida e correctamente interpretada., havendo frequentemente a partilha de uma msma cultura e portanto o conhecimento exacto da simbologia.

A última dimensão estrutural básica da família é a estrutura do poder. A estrutura do poder na família pode ser avaliada através da identificação das bases do poder, o processo das decisões e as variáveis que afectam o poder na família. A estrutura do poder na família pode ser do tipo igualitário, onde o pai e a mãe consensualmente tomam as decisões e podem incluir os filhos nesse processo de decisão conforme vão crescendo. Outro tipo de estrutura do poder é a de cariz mais tradicionalista em que um elemento domina os restantes. Esse elemento normalmente é um dos pais. Finalmente pode-se considerar as famílias em que não há liderança identificável, as chamadas famílias caóticas.

A teoria estrutural-funcional abrange além da dimensão da estrutura a dimensão funcional da família. A estrutura da família facilita a realização das funções da família. Friedman (1998) refere que é mais simples entender as funções da família como sendo o que elas fazem. Assim identifica, com base em estudos anteriores, cinco funções da família. São essas funções a afectiva, a de socialização ou função de posicionamento social, a função reprodutiva, a função económica e a função de cuidar a saúde.

Diferentes autores têm escrito sobre famílias e o que fazem para manter a integridade da unidade familiar e responder às necessidades internas e externas. Stanhope (1999) apresenta uma outra perspectiva sobre as funções familiares de autoria de Duvall e Miller (1985). A família como sendo *geradora de afecto*, capaz de *proporcionar segurança e aceitação pessoal*, *proporcionar satisfação e sentimento de utilidade*, *proporcionar estabilidade e socialização*, *assegurar continuidade das relações* e *impor a autoridade e o sentimento do que é correcto*.

Ballard (2005), ao indicar quais as funções da família, refere que existem pré-requisitos funcionais para poder sobreviver como sistema social. Identifica esses pré-requisitos como a necessidade da família se adaptar ao ambiente interno e externo (*adaptação*); a família ter de definir objectivos e identificar as formas de os atingir (*realização de objectivos*); actividades de integração dentro do sistema familiar (*integração*); ainda dentro do sistema familiar o controlo de tensão e manutenção de padrões ainda que seja necessário alguma flexibilidade para permitir o desenvolvimento (*manutenção de padrões e o controlo de tensão*).

Assim, para Ballard (2005), a família tem várias funções, sendo a função de socialização e estabilização de personalidades adultas as funções primárias da família. Com a evolução da sociedade e consequentemente da família, as funções económicas e reprodutiva têm sofrido alterações, não sendo na actualidade tão fundamentais como no passado.

Segundo Lewis (1979, p. 4) a principal função da família é *"encorajar o crescimento contínuo da personalidade dos pais e criar crianças autónomas e saudáveis."*

Para Friedman (1998) a função afectiva será uma função vital pois está na base da formação da família e da sua continuidade. Mesmo aceitando que muitas das tarefas tradicionais da família vão sendo assumidas por outras estruturas sociais, o maior empenhamento da família centra-se na resposta às necessidades afectivas dos seus membros e em os compreender.

A auto imagem de cada pessoa, o sentido de pertença brotam da vivência familiar e inegavelmente a família será a primeira fonte de amor, aceitação, suporte e aprovação. Inicialmente, a função afectiva encontra-se na esfera do casal, com o crescimento da família alarga-se, para responder às necessidades emocionais de todos os seus membros (Friedman 1998).

"Loveland-Cherry (1996) *afirmaram que o afecto entre os membros da família produz um clima de assistência pessoal que influencia positivamente o crescimento e o desenvolvimento e um sentido de competência pessoal"* (Friedman, 1998, p. 352). Assim, comportamentos saudáveis têm por base uma família cuidadora.

A função afectiva da família envolve a percepção familiar de respeito pelos seus membros e o cuidado das suas necessidades psicossociais. Esta função pode ser decomposta em várias componentes integrando, a manutenção de assistência mútua, o desenvolvimento de relações íntimas, o respeito mútuo, apego e identificação, conexão e separação, padrões de resposta às necessidades dos membros da família e papel terapêutico.

A função de socialização ou localização social refere-se a um sem número de experiências que a família proporciona às crianças, levando a que estas desenvolvam capacidades sociais que lhes permitam ser membros activos da sociedade. Esta função é universal, qualquer que seja a cultura em que a família se desenvolva.

A função de socialização não se restringe a um processo que ocorre numa só fase da vida familiar. É mais um processo que se desenvolve ao longo da vida, pois inclui a interiorização de um conjunto de normas e valores que são adequadas aos diferentes papeis que a pessoa vai assumindo.

Refere Friedman (1998) que a função de socialização, inicialmente cometida à família tem sofrido alterações. Hoje ela é partilhada com outras instituições externas à família. Woodward (1978), citado por Friedman (1998), afirma que os pais actuais sentem-se impotentes face às interferências das instituições, *" o aumento dos serviços sociais, dos cuidados de saúde, e da educação pública roubou-lhes os seus papéis tradicionais de treinadores de uma ocupação, de professores, de enfermeiros e de educadores"* (p. 373).

No entanto, o património cultural familiar ainda é transmitido na e pela família. Também é fundamentalmente na família que a pessoa desenvolve o seu sistema de valores através da identificação com os pais e pelo reforço negativo ou positivo do seu comportamento.

A função de socialização permite também aos membros de uma família adquirir *status* e uma posição social determinada. Ao nascer a criança fica

potencialmente posicionada em relação à nação, religião, ao *status* económico e educacional, entre outros.

Uma terceira função é a função reprodutiva. Através desta função é esperado que as famílias se prolonguem pelas gerações seguintes e por isso surjam novos membros para que a sociedade continue. Todavia esta função já não é exclusiva das famílias pois o controlo da reprodução bem como o do comportamento sexual passou as barreiras familiares. Muitas crianças nascem fora da família tradicional e a contracepção também não está confinada ao contexto familiar. A postura das famílias e da sociedade tem criado, ultimamente nos países desenvolvidos, questões relacionadas com a dificuldade de reposição das gerações.

A família tem também a função económica que se traduz em providenciar os recursos económicos necessários ao desenvolvimento da família. No passado a actividade económica das famílias estava centrada na própria família e envolvia todos os seus membros. Foram ocorrendo alterações e o providenciar de recursos financeiros passou a ser da responsabilidade só de alguns membros, especialmente o homem e depois também a mulher. Assim, a unidade familiar deixou de ser uma unidade de produção económica. Passou a ser uma unidade de consumo de bens e serviços.

Uma outra função da família é a de cuidar a saúde dos seus membros, englobando o que a família realiza no sentido de garantir a satisfação das necessidades físicas. Estas necessidades abrangem a alimentação, abrigo, segurança e incluem os cuidados com a saúde. A família concorre para a saúde dos seus membros através do apoio ao seu desenvolvimento biofísico e psicossocial. As actividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação são realizadas primeiramente dentro da família. Assim, é entendido que uma das funções básicas da família é a protecção da saúde e a resposta às necessidades nos períodos de doença.

A família transmite à sua descendência os traços culturais relacionados com a saúde. Na família os indivíduos aprendem as crenças e práticas relativas à saúde e doença. Esta função de cuidar da saúde passa em suma pelos estilos de vida, pelas práticas alimentares, pelos hábitos de sono e repouso, pelas actividades de exercício e lazer, pelas práticas de auto-cuidado, pelo

reconhecimento de alterações no desenvolvimento, evitar possíveis comportamentos aditivos, pela procura de cuidados de saúde.

Se estas são as funções que comummente são atribuídas à família, outras há que também se podem elencar. A função da sexualidade ainda que intimamente associada à função reprodutiva pode ser alvo de leitura independente. Na actualidade, deixou de ser assumido pela sociedade que a actividade sexual seja exclusiva das pessoas unidas em matrimónio. Por isso a família deixou cair substancialmente a função de controlar o comportamento sexual (Friedman, 1998).

A função da família de educação também há muito saiu da esfera familiar. A transmissão de valores e normas de comportamento social ainda perdura no âmbito da família e por isso associado à função de socialização. No entanto o que se reporta às áreas de aprendizagem e instrução são actualmente, externas à família. A maior parte das competências ocupacionais e o conhecimento é aprendido em outras instituições que não a família. As gerações mais novas, em cada família, passam por isso largos períodos de tempo diário longe da família. Uma outra função que tem sofrido a mesma alteração relaciona-se com a função recreativa. As actividades de lazer deixaram de estar centradas na família. Tem-se assistido a uma comercialização da recreação que pode ser realizada por toda a família ou pelos seus membros separadamente. Todavia com o crescimento das crianças, os momentos de lazer da família, em conjunto, vão sendo encurtados.

Também se pode mencionar a função religiosa. Nos tempos actuais assiste-se a um aumento da secularização da sociedade, nomeadamente a ocidental e como consequência esta função da família também tem perdido relevância. Por outro lado, nas famílias em que predomina uma orientação religiosa, a formação dos seus membros, nesta área, é partilhada com as instituições religiosas.

Ainda importa apresentar a função da família de protecção. Os membros da família encontram no seu seio a segurança que necessitam para o seu desenvolvimento. Esta função é mais premente em relação às crianças mas abrange todos os elementos. Quando a família falha esta função a sociedade tenta substituí-la, encontrando soluções transitórias ou permanentes.

As funções da família apresentadas, não são realizadas por todas as famílias, nem podiam ser. Há de facto famílias que não têm descendência. Há também famílias que têm grande dificuldade em realizar plenamente algumas funções, nomeadamente a económica. Também, este elenco de funções tem a sua representação mais completa nas famílias de classe média, pois quando muitas vezes as questões de sobrevivência são colocadas à família, a função de cuidar das necessidades básicas sobrepõe-se à função afectiva (Friedman, 1998).

1.5– FAMÍLIA E SOCIALIZAÇÃO DO INDIVÍDUO

Nas páginas anteriores já se aludiu às funções comummente apontadas como sendo do âmbito da família e que se reportam, em particular, à cultura ocidental e às famílias nucleares. Interessa agora esmiuçar a função de socialização pois sendo a família uma instituição inscrita num determinado contexto sociocultural, é esperado que esta seja um local de apropriação das perspectivas sociais e culturais. Musitu (2004) afirmou que *"na verdade, à volta da função de socialização são distribuídos os papéis familiares e se delimitam as expectativas e comportamentos paternos - filiais; neste sentido podemos dizer que a socialização é talvez a pedra angular da vida familiar"* (p. 353).

Outras instituições, como a escola, igreja, os meios de comunicação, grupos de pares, concorrem com a família no processo de socialização mas a família mantém o reconhecimento de ser a instituição de socialização primária (Barbeito, 2002; Calvo, 2002; Flaquer, 1997; Musitu, 2004). O processo de socialização na família tem como objectivo que os descendentes acolham um determinado sistema de normas, valores e crenças que os pais consideram importantes.

Na perspectiva de Musitu (2004), no processo de socialização há duas dimensões a considerar que são o conteúdo ou o que se pretende transmitir e o aspecto formal que é a forma como o conteúdo é transmitido. A base do conteúdo são os valores dos pais e do sistema de valores do ambiente sociocultural mas também a formação do autoconceito dos filhos. A dimensão formal do processo de socialização é denominada pelo autor como "disciplina familiar" que integra as estratégias e mecanismos de socialização utilizados para

garantir o cumprimento de normas ou seja regular o comportamento e deixar fluir o conteúdo da socialização.

Importa salientar que não há concordância sobre a influência directa dos valores dos pais nos valores dos filhos. Aliás, Musitu (2004) refere existirem duas correntes que tentam explicar a transmissão de valores. A perspectiva evolutiva nega a influência directa e explica, a possível consonância de valores entre pais e filhos, pelo facto de viverem num mesmo ambiente sociocultural. Também com o crescimento, os filhos têm cada vez mais oportunidades de terem de enfrentar o mesmo tipo de situações que os pais e assim será natural que em adultos ocorra uma convergência de valores.

Uma outra perspectiva, a de socialização, pretende explicar que o sistema de valores dos filhos sofre a influência directa do dos pais, por isso se a socialização teve êxito, os sistemas de valores dos pais e dos filhos são semelhantes. No entanto, esta corrente admite que com o crescimento dos filhos e a influência de outras fontes de socialização, a proximidade dos sistemas de valores possa ser menor. Porém, qualquer uma destas correntes não consegue explicar de forma inequívoca a transmissão de valores na família pelo que se impõe a continuação da pesquisa.

A socialização, na família, acompanha o seu ciclo vital mas sendo esta, um sistema social, tende a que os seus membros se tornem elementos activos e integrados na sociedade. Assim, grande parte da função de socialização da família esgota-se quando os seus membros mais novos atingem a idade adulta.

Ser indivíduo adulto, na perspectiva de Hernández (2002) refere-se a ter uma posição social como membro independente que assume a responsabilidade pela própria vida e também pela reprodução social e geracional. Ocorre o processo de transição, de uma situação anterior de dependência e não responsabilidade, para uma posição de emancipação, independência e autonomia. Ao processo referido, este autor denomina de socialização. Também Pais (1990) apresenta uma perspectiva próxima ao referir: *"Um adulto é «responsável», diz-se, porque responde a um conjunto determinado de responsabilidades: de tipo ocupacional (trabalho fixo e remunerado); conjugal ou familiar (encargos com filhos, por exemplo) ou habitacional (despesas de habitação e aprovisionamento). A partir do momento em que vão contraindo estas responsabilidades, os jovens vão adquirindo o estatuto de adultos"* (p. 141).

Estes marcadores da idade adulta usualmente estão presentes na geração mais nova, quando deixa a casa da família. A partir dos finais da década de oitenta do século passado, começou a instalar-se um debate na sociedade espanhola, sobre o atraso na idade da emancipação (Comas, 2004). O debate desta questão rapidamente passou da esfera dos sociólogos para os meios de comunicação, para as preocupações políticas, para o público em geral e para o interior da família. O debate também se encontra em outros países da Europa, principalmente os do sul, pois é nestes que está mais presente, esta alteração (Calvo, 2002). O atraso na idade dos indivíduos saírem de casa paterna, foi identificado através dos dados estatísticos que se foram produzindo. Estes dados mostram que os filhos mantêm-se dependentes dos pais, na casa da família, durante muito mais tempo que num passado recente.

Atingir a idade adulta acontece pois desfasada da idade legal de emancipação ou maioridade que em Portugal são os dezoito anos. Esta idade é também a fronteira legal para a maioridade, nos países ocidentais, sobreponível à idade de entrada na etapa da juventude (Flaquer, 1997). Assim, a idade legal permite poder votar, tirar carta ou constituir família sem necessitar de autorização paterna. Mas para exercer muitos desses direitos, os jovens ainda têm de esperar uns anos. Como consequência existem pessoas que atingiram uma idade que supostamente lhes confere o estatuto de adultos mas que ainda não concluíram o processo de transição que é típico para aceder a esse estatuto. Como refere Hernández (2002) podem estar condenados a ser "jovens para sempre".

A questão da juventude tem sido esmiuçada por inúmeros estudos, nomeadamente da área da sociologia. Pais (1990) apresenta a problemática sociológica da juventude. Refere o autor que muitos dos trabalhos relacionados com a juventude procuram fundamentar perspectivas que a sociedade tem dos jovens, representações de senso comum, transformando-se em «caixas de ressonância» dos meios de comunicação, em vez de se basearem em observações directas das realidades juvenis. *"...nalguns media é possível encontrar uma imagem das culturas juvenis retratada como «ameaçadora» para a sociedade. Paradoxo dos paradoxos, essa imagem pode ser alimentada ou caucionada por análises sociológicas centradas nos mais «espectaculares» aspectos da «cultura juvenil», que, justamente, são os que mais interessam aos media"* (Pais, 1990, p. 145).

Para este autor, juventude será uma unidade constituída por indivíduos integrados numa fase da vida mas pode também ser entendida como diversidade, como conjunto social, constituído por jovens em situações sociais diferentes. Com base nestes dois possíveis caminhos, se têm desenvolvido as principais correntes da sociologia da juventude. Existem pois, duas correntes a geracional e a classista. *"Para a corrente geracional a renovação e a continuidade da sociedade dependiam da relação entre as gerações, dialecticamente submetidas a uma ou outra forma de tensão" (*Pais, 1990, p. 153).

Dentro desta corrente, a geracional, existem várias teorias e a defesa de posições diversas. Uma das perspectivas defendidas é a da descontinuidade intergeracional que engloba o activismo ou a passividade como consequência de segregação geracional. Uma outra perspectiva, dentro da corrente geracional é a da socialização contínua. Sob esta perspectiva ocorrerão duas situações, a socialização dos jovens e a juvenilização da sociedade.

Na corrente classista a reprodução social é vista como reprodução das classes sociais. Refere Pais (1990, p. 157), *"de acordo com esta corrente, a transição dos jovens para a vida adulta encontrar-se-ia sempre pautada por mecanismos de reprodução classista, não apenas ao nível da divisão sexual do trabalho, mas também a outros níveis"*.

Expostas as diferentes perspectivas sociológicas do conceito de juventude, importa clarificar, entendendo a fase da juventude como uma fase da vida, quais são os limites temporais dessa fase. Também aqui há diversidade. Pais (1990) afirma que usualmente a fase da juventude é colocada como uma fase que ocorre após a adolescência e que precede a idade adulta. Igualmente não há consenso sobre a duração da fase da juventude. Refere Hernández (2002) que de acordo com as diferentes sociedades este período pode durar entre os treze e os vinte e quatro anos. Ainda, segundo este autor, não será a idade o critério mais importante mas sim a transição para adulto, pois já se vê referir a juventude até aos trinta e cinco anos.

O Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ), apresentado em 2006, tem como grupo alvo a população dos dez aos vinte e quatro anos. A opção, por esta faixa etária representar a população juvenil, baseia-se em documentação produzida pela OMS. Também vem mencionado neste programa que com base na mesma fonte, se designa adolescentes e jovens, respectivamente, aos indivíduos

que têm entre dez e dezanove anos e entre quinze e vinte e quatro anos. Há assim, uma sobreposição na designação de adolescentes e jovens, nas idades compreendidas entre os quinze e os dezanove anos.

Por sua vez, no livro "A Condição Juvenil Portuguesa na Viragem do Milénio, um retrato longitudinal através de fontes estatísticas oficiais: 1990-2005" quando se explicita a abrangência etária do estudo vem (Ferreira, 2006, p. 14): *"Como chegar à população jovem representante da condição social juvenil? Não obstante tal consistir num artifício, na medida em que os limites sociológicos da juventude não são exclusivamente determinados pela idade dos indivíduos, a "população jovem" foi demograficamente definida, considerando o critério de natureza etária. Assim, em termos operacionais, compreendemos a "juventude", neste estudo, entre os 15 e os 29 anos de idade, o escalão etário tradicionalmente recortado para efeitos analíticos em estudos sobre transições juvenis. O limite inferior é determinado pelo limiar mínimo da inserção na vida activa, assim como a idade oficial mínima em que se termina a escolaridade obrigatória. O limite máximo, por sua vez, é elevado até aos 29 anos, por cada vez mais se prolongarem até esse escalão etário (por vezes ultrapassando-o) as várias etapas tradicionais de entrada na vida adulta"*.

Comprova-se mais uma vez que os limites do grupo jovem são diversos, pois nestes dois documentos, do mesmo ano e provenientes de instituições portuguesas ainda que o limite mínimo coincida, o máximo tem um desfasamento de cinco anos. É explicado neste último documento que a determinação do limite máximo teve por base a percepção que as etapas tradicionais de entrada na vida adulta se prolongam até esse escalão etário, sendo algumas vezes ultrapassado.

Interpretando os dados estatísticos sobre os jovens portugueses e recorrendo a alguns marcadores que assinalam a passagem da "idade jovem" para a "idade adulta", como o aumento da formação, a inserção laboral, factores que podem influenciar a saída da casa da família, a conjugalidade e parentalidade, pode-se perceber o comportamento da população juvenil e o tempo em que ocorre a referida transição.

Assim, de acordo com Ferreira (2006), a taxa de escolarização no grupo etário 15-19 subiu, nos últimos quinze anos, 16%, sendo mais significativa nas mulheres. A mesma taxa, mas agora relativa à frequência do ensino secundário,

passou de 58% em 1990/91 para 87% em 2000/01 e no ensino superior de 11% para 27%, para os mesmos anos.

A inserção laboral dos jovens também tem sofrido alterações. Segundo o mesmo autor, a taxa de actividade desceu, nos últimos quinze anos, de 45,5% para 18%, no grupo etário dos 15-19 anos, com um correspondente aumento de jovens que estão a estudar. *"Em termos de indicadores de precariedade das inserções laborais juvenis, nota-se nos últimos quinze anos um acentuar do desemprego de circulação entre os jovens, bem como o prolongamento do tempo entre situações de desemprego"* (Ferreira, 2006, p. 16). Também, na população activa são os mais jovens e as mulheres que estão mais desempregados. Destes, mais de 50% contam com o apoio da família para a subsistência e 21% têm subsídio de desemprego.

A saída da casa paterna ocorre em momentos mais tardios, pois em 1991 os jovens a cargo das famílias representavam 59,6% do total de jovens, passando em 2001 para 76,3%. Este aumento, segundo Ferreira (2006) incidiu principalmente no escalão etário mais novo mas também se reflectiu nos restantes grupos etários.

Finalmente, em relação à conjugalidade e parentalidade, os dados estatísticos mostram que também ocorreu um atraso, nestes últimos anos. Assim, Barrisco (2006) e relativamente à idade média de casamento, afirma que *"este indicador não se alterou significativamente entre 1960 e 1990. A partir de 1990 verificou-se um progressivo aumento da idade média no primeiro casamento em ambos os sexos. Os dados de 1990 dizem-nos que, em média, os homens casavam aos 26,2 anos. Em 2004, os jovens do sexo masculino esperam até aos 28,6 anos para casar. As mulheres também adiaram a idade de casamento dos 24,2 anos para os 26,9 anos"* (p. 40). O retardamento da idade de casamento é mais significativo nas mulheres.

Já em relação à parentalidade, os dados estatísticos mostram que a idade média da mãe, no momento do nascimento do primeiro filho, passou de 24,7 em 1990 para 27,5 em 2004. Nos homens, tem ocorrido também uma diminuição dos que têm filhos enquanto jovens. Os dados só estão disponíveis desde 1980 mas segundo Barrisco (2006), *"neste ano 74,2% das mães tinham entre 15 e 29 anos, enquanto para os pais na mesma faixa etária o valor era de 58,4%. Esta diferença manteve-se ao longo dos anos (...) Relativamente a 2004, estes valores*

alteram-se substancialmente. Para além do fosso etário entre mulheres e homens na transição para a paternidade, verifica-se ainda uma diminuição no nascimento de filhos de pais jovens. Do total de nascimentos, em Portugal, apenas 53,3% eram filhos de mulheres jovens e 37,8% eram filhos de homens jovens" (p. 57).

Estes dados que explicitam um retardamento, neste últimos anos, da transição para a idade adulta, têm estado na base de discussões que ultrapassam a esfera de quem os produz ou analisa, como foi anteriormente referido. Comas (2004), analisando a realidade da juventude espanhola, contraria a perspectiva dominante sobre esta questão. Explica o autor que não existe uma razão estatística que fundamente esta percepção actual.

Mas o debate está lançado e baseia-se, principalmente, nas dificuldades que os jovens enfrentam para atingir o estatuto de adultos, dificuldades que lhes são colocadas pelas circunstâncias históricas. *" Sem dúvida, este argumento das "dificuldades objectivas" tem permeado a sociedade e tem sido assumido pelas próprias famílias que se "mostram dispostas a sacrificar-se" para que os filhos possam emancipar-se efectivamente e conseguir uma vida normal de trabalho, casa própria e construir uma nova família"* (Comas, 2004, p. 210).

No entanto, refere este autor que se encontram algumas variantes que contradizem esta perspectiva. Uma delas reporta-se à atitude dos jovens espanhóis que tem sido tema de frequente comentário, na sociedade espanhola. Estes jovens parecem comportar-se como convidados da família. Para além de não contribuírem para o seu processo de emancipação, obtêm muitos benefícios, gastando dinheiro em lazer e exigem cuidados e atenções. Esta postura, avança o autor referido, poderá ser explicada pelas alterações na dinâmica interna das famílias. A sua democratização permitiu o aparecimento de filhos auto-suficientes que tomam as suas decisões apesar de estarem dependentes dos pais.

Uma outra variante que se percebe contrariar a preocupação social com o atraso no acesso à idade adulta, está relacionada com o valor, presente na sociedade espanhola, da solidariedade familiar. Este aspecto fundamenta que os jovens só saiem da casa da família, quando têm uma casa própria, onde o novo casal possa viver, sem perder qualidade de vida.

Sintetizando, a possível explicação encontra-se, então, dentro da realidade familiar. Os jovens, pelo menos após a maioridade, detêm uma capacidade de mobilizar a família para os seus próprios interesses. Fazem-no no sentido da obtenção de um estatuto pessoal. A família adere, pois pensa estar a contribuir para uma ascensão social que a todos favorece.

As famílias utilizam estratégias, (Calvo, 2002), para que os filhos obtenham ascensão social que será alcançada ao emanciparem-se, com um estatuto superior ao dos pais (estratégias de ascensão). Caso a ascensão não se torne possível, a família trabalha para que a descendência mantenha a mesma classe social (estratégia de reprodução). Uma última estratégia passa por investir na formação dos filhos que lhes permita, pelo menos manter, quando adultos, o posicionamento social relativo que a família detém (estratégia de reconversão). Este autor aponta que as famílias investem muito, para evitar que ocorra uma degradação na posição social dos filhos.

Voltando à perspectiva, defendida por Comas (2004) que os dados estatísticos não demonstram que o actual atraso na emancipação dos jovens seja tão expressivo, importa apresentar o conceito, cunhado por este autor, de "tempo de investimento para a emancipação". Analisando o tempo que ocorre entre o fim da escolaridade e o momento de emancipação verifica-se que este tem variado ao longo do tempo. Esse período é utilizado pelos jovens para capitalizar recursos que lhe permitem a emancipação. É importante notar que os valores e os percursos correspondem a médias, pois há jovens que abandonam a escolaridade mais cedo e outros há que se emancipam mais cedo, ainda que com menores recursos e o investimento não é para a emancipação, mas para permitir a sobrevivência.

Com base na análise deste tempo de investimento, Comas (2004) conclui que as gerações que se emanciparam em meados do século XX, precisaram de dezasseis a dezoito anos, as que se emanciparam na década de setenta, do mesmo século, de onze anos. Finalmente a geração que na actualidade se está a emancipar tem um tempo de investimento para a emancipação de seis a oito anos. Se o tempo de investimento não tivesse diminuído, em relação ao tempo dos avós, os actuais jovens só se emanciparíam aos quarenta anos.

Assim, considerando a actual idade da emancipação dos jovens, entendida como correspondendo à saída de casa dos pais, esta é relativamente sobreponível

à idade em que tal ocorria, em meados do século passado. Entretanto, na década de setenta, observou-se uma diminuição, que tem fundamentado o debate, a que se aludiu. Mas como refere Comas (2004, p. 214), *"contradições entre os dados estatísticos e as percepções sociais são bastante frequentes"*.

Pais (2002) explicita a realidade dos jovens portugueses, presos entre a formação escolar e o exercício de uma actividade profissional. Reconhece que não há um único caminho e que o trajecto de cada jovem é diverso. *" A experiência da precariedade do emprego e do trabalho envolve múltiplas formas de "lutar pela vida" que inclui o trabalho eventual, temporário, parcial, o emprego oculto ou ilegal, o trabalho doméstico, o pluriemprego e várias formas de ir em frente"* (Pais, 2002, p. 87). Por outro lado é problematizada a preparação que a escola oferece como reportório para acesso ao emprego. Estas questões deixam os jovens e as famílias postas perante dilemas que têm dificuldade em gerir. Em Portugal, verificou-se nos últimos anos o aumentou relativo do peso da classe média e igualmente das expectativas de mobilidade social dos jovens (Pais, 2002). As famílias passaram a investir mais na formação dos filhos, com o objectivo de que estes possam ter um futuro diferente do dos pais. Estes projectam nos filhos, o sonho de terem tido mais formação, ou outras oportunidades profissionais que a maior escolaridade pode permitir. Investem assim, recursos que na sua perspectiva possibilitem a ascensão social da descendência.

A terminologia que tem sido utilizada para denominar esta fase do desenvolvimento individual, nos inúmeros estudos, bem como na documentação anteriormente indicada, foi questionada por Arnett (2000,2003,2004) e outros pesquisadores, nos últimos anos. Este autor apresenta, uma vasta argumentação para fundamentar a opção pela identificação de uma fase da vida diferente que denomina de *adultez emergente* (emerging adulthood). Faz corresponder esta fase, ao período entre os dezoito anos e metade da década dos vinte anos. Refere que a forma como se designa esta fase também é um aspecto importante e por isso apresenta as razões porque não deve ser denominada de adolescência tardia, jovens adultos, transição para a idade adulta ou até juventude (Arnett, 2004).

A não escolha de adolescência tardia, está relacionada com uma série de aspectos que vão desde o facto da maior parte dos adolescentes (10 a 18 anos) que vivem na casa da família, ainda estarem a passar as alterações da puberdade,

frequentarem a escolaridade básica ou secundária e continuarem a ser menores de idade. Portanto denominar, esta fase de adolescência tardia, é admitir que apesar de tardia ainda é adolescência. Assim, adultez emergente será um termo mais adequado pois distingue as pessoas que integram este período, do período da adolescência, enquanto reconhece que ainda não são adultos.

Também se encontram fundamentos para a não opção pela denominação de jovens adultos. Os dados da pesquisa realizada por Arnett (2004) demonstram que as pessoas que se encontram no grupo etário entre os dezoito anos e os primeiros anos da década seguinte, não se consideram adultos. O termo *adultez emergente* ilustra bem que se está perante um período que leva à idade adulta mas que esta ainda não foi atingida. Por outro lado as pessoas que estão na década dos trinta anos são normalmente designadas por jovens adultos, pois realmente sentem-se adultos e estão no início desse período de adultos.

Deixar cair a opção de chamar a este período o de transição para a idade adulta baseia-se, segundo Arnett numa série de razões. O termo transição apela a uma perspectiva de passagem, a uma fase breve e não tanto a uma etapa de vida. Refere, o autor, a existência de grande quantidade de estudos sociológicos mas todos eles espelham como referencial os critérios da idade adulta, sair de casa, formação concluída, casamento, paternidade mas explicitam pouco o que ocorre neste período entre os dezoito e meados da década dos vinte anos. Assim, não se está perante uma fase da vida breve, pois mesmo que conservadoramente se limite este período às idades dezoito a vinte e cinco anos, é um intervalo de sete anos que tem correspondência em número de anos com outras fases da vida. Ainda se pode questionar que esta fase é de facto de transição para a fase da idade adulta, mas todos as fases da vida são transitórias e esta deve ser entendida igualmente, como mais uma.

Finalmente apresentam-se as razões para a não denominação desta etapa da vida por juventude. Refere Arnett (2004) que o termo juventude é talvez o mais usado nas ciências sociais para designar a adolescência tardia e a década dos vinte anos mas este termo tem significados e usos diversos. Dá como exemplo a utilização frequente na linguagem inglesa do termo juventude para indicar, desde os indivíduos integrados na infância ou adolescência, até todo o período antes da idade adulta. Por outro lado, a sua utilização, para denominar

organizações que estão vocacionadas para idades anteriores, às do período considerado.

A especificidade do período da adultez emergente baseia-se em cinco características: *"1- É a idade da exploração da identidade, de experimentar várias possibilidades no amor e no trabalho; 2 – É a idade da Instabilidade; 3- É a altura da vida em que o indivíduo se foca mais em si mesmo; 4 – É a idade de sentir-se no meio, em transição, nem adolescente nem adulto; 5 – É a idade das possibilidades, quando tem esperanças em prosperar, quando as pessoas têm uma oportunidade única de transformas as suas vidas"* (Arnett, 2004, p. 8).

Também se pode encontrar nos trabalhos de Aquilino (2003) subsídios para entender as possíveis especificidades desta fase da vida. Refere o autor que a família enfrenta tarefas críticas, entre outras alterações no relacionamento, que passam pelos pais reconhecerem o novo estatuto dos filhos e as suas necessidades de autonomia em simultâneo, com a sua dependência.

De acordo com Arnett (2007) a natureza da socialização na *adultez emergente* suscita desafios pois o processo de socialização é normalmente estudado relativamente à família e à socialização dos filhos. Porém neste período, os filhos muitas vezes saiem de casa e assim não estão tão próximos de estratégias de socialização dos pais. No entanto, aceitando que os três objectivos da socialização são o desenvolvimento da auto-regulação dos sentimentos, pensamentos e comportamentos, a aceitação das normas sociais, valores e atitudes, e estratégias para resolver os conflitos e capacidades de assumir papeis, logo poder afirmar-se que o processo de socialização ainda não está completo, antes desta fase.

Também no período da *adultez emergente*, se o papel de socialização da família já não é tão intenso como em idades anteriores, outras entidades têm que contribuir para o processo de socialização. Dentro destes diferentes agentes de socialização para além dos pais, serão os pares e amigos, as relações na escola e o no trabalho e os média. Uma diferente perspectiva é introduzida por Arnett (2007) reportando-se a trabalhos de outros autores, que é a auto-socialização. *"É durante a adultez emergente que a auto-socialização é mais pronunciada já que as pessoas têm mais liberdade para escolher os seus contextos de socialização e construir o percurso da sua vida do que antes de entrarem na adultez emergente*

ou algumas vez terão, uma vez que assumam os papéis e responsabilidades de jovens adultos" (Arnett, 2007, p. 214).

Assim, atingir a idade adulta é, na perspectiva deste autor, com base em trabalhos empíricos com pessoas americanas de diferentes etnias e níveis socioeconómicos, aceitar a responsabilidade por si próprio, tomar decisões autónomas e ser independente financeiramente. E nas palavras de Hernández (2002), atingida a idade adulta, termina a socialização.

Neste subcapítulo, aludiu-se às contingências da socialização dos indivíduos, ao papel da família na consecução da socialização, entre o de outras entidades envolvidas. Em seguida apresenta-se a cronologia e as características comuns, do percurso das famílias.

1.6 – CICLO VITAL DA FAMÍLIA

A interpretação da vida familiar encontra uma boa ferramenta na teoria do desenvolvimento familiar, pois dá uma perspectiva das alterações que ocorrem ao longo do tempo, na família. A aceitação de que a família é um grupo com um percurso de vida e uma história natural permite que, segundo alguns autores, possa ser entendida como a sequência de uma série de estádios.

A família começa por um par. Posteriormente o grupo vai-se tornando mais complexo com o aparecimento de novos membros. A família volta a ser mais simples com a saída dos seus elementos mais novos e fica de novo o par inicial. Assim, *"o carácter desenvolvimentista desta abordagem reside especificamente na identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital e essas tarefas caracterizam as suas etapas"* (Relvas, 2000, p. 16).

Deve-se a Duvall (1957), citado por Relvas (2000), a apresentação da primeira classificação de estádios do ciclo vital. A noção de estádio implica um conjunto de tarefas de desenvolvimento que devem ser realizadas na família para que esta consiga passar esta fase de desenvolvimento com sucesso. Para a determinação dos estádios de uma família nuclear, com pai e mãe, e dos

respectivos limites, Duvall (1957), citado por Relvas (2000), usou como critério a idade e posicionamento escolar do filho mais velho excepto no primeiro estádio e nos dois últimos. Esta classificação, segundo Friedman (1998) tem uma perspectiva sociológica.

Duvall (1957), citado por Relvas (2000), apresenta oito estádios de desenvolvimento familiar. De acordo com a tradução e adaptação apresentada por Relvas (2000, p. 18), o primeiro estádio é o do casal sem filhos. Neste estádio as tarefas de desenvolvimento particularmente assinaladas são: *" estabelecimento de uma relação conjugal mutuamente satisfatória; preparação para a gravidez e para a parentalidade."*

O estádio dois caracteriza-se por a família ter o filho mais velho com menos de trinta meses e a família ter como principal tarefa: *" ajustamento às exigências de desenvolvimento de uma criança dependente."*

A família com crianças em idade pré-escolar, com o filho mais velho tendo menos de seis anos, identifica o estádio três, a tarefa de desenvolvimento da família com mais premência é a *" adaptação às necessidades e interesses das crianças no sentido da sua estimulação e promoção do desenvolvimento."*

O quarto estádio denominado de famílias com crianças em idade escolar, com o filho mais velho até aos treze anos de idade, tem como principais tarefas de desenvolvimento: *" assumir responsabilidades com crianças em meio escolar; relacionamento com outras famílias na mesma fase."*

O estádio cinco, em que na família o filho mais velho tenha menos de vinte anos, é o estádio chamado da família com filhos adolescentes. As tarefas deste estádio mais importantes ou com maior dificuldade de execução são: *" facilitar o equilíbrio entre liberdade e responsabilidade; partilha desta tarefa com a comunidade; estabelecimento de interesses pós-parentais."*

Segue-se o estádio seis da família com jovens adultos que compreende o período da vida familiar compreendido entre a saída do primeiro filho e do último. Neste estádio as tarefas de desenvolvimento identificadas são: *" permitir a separação e o «lançamento» dos filhos no exterior, com rituais e assistência adequada (1.º emprego ou educação superior); manutenção de uma base de suporte familiar"*, Relvas (2000, p. 18).

O penúltimo estádio que ocorre na vida familiar é o estádio do casal de meia-idade («ninho vazio»-reforma). Neste estádio com a saída dos filhos de casa, as tarefas mais relevantes são: *" reconstrução ou manutenção da relação entre o casal; redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas."*

O estádio oito (último estádio considerado por Duvall) é o do envelhecimento (reforma-morte de um ou ambos os cônjuges). As tarefas de desenvolvimento destacadas são: *" ajustamento à reforma; aprender a lidar com as perdas (lutos) e a viver sozinho; adaptação ao envelhecimento."*

Alguns comentários têm sido apresentados às classificações existentes, pois todas tendem a ilustrar o que ocorre na família nuclear. A realidade actual evidencia a existência de outras formas familiares como a união de pessoas sem casamento, as famílias sem filhos, a união de homossexuais, as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas.

Mogelonsky (1996), utiliza a expressão "síndrome de ninho cheio" para denominar a ocorrência, na actualidade (cada vez mais frequente), dos filhos tardarem em sair de casa ou a ela regressarem depois de ausências mais ou menos prolongadas. Esta expressão é empregue como contrária à de "ninho vazio" que tem sido usada por diferentes autores e que foi mencionada na apresentação do estádio sete do ciclo vital da família.

Friedman (1998, p. 113) referindo-se a estas "novas" realidades escreve: *" mais pessoas estão a escolher formas familiares variadas e por isso o conceito de carreira familiar, cobrindo o de família nuclear intacta é obviamente limitada na sua aplicabilidade."* Ainda segundo esta autora, muitas outras considerações se podem colocar como o adiamento do nascimento dos filhos, o aumento de jovens adultos que continuam a viver com os pais e o aumento da esperança de vida. Estas mudanças podem criar novas perspectivas sobre o desenvolvimento familiar.

O reconhecimento destas limitações, na opinião de Relvas (2000, p. 22) *"(...) ajudam a alertar para a necessidade de atender à individualidade de cada família, não só nos seus conteúdos mas também nas suas possibilidades de constituição e organização."* Conclui no entanto, que não se pode deixar de ter em consideração qual é o estádio de desenvolvimento de cada família para se conseguir fazer uma leitura pertinente da família.

No mesmo sentido se posicionam Betty Carter e Mónica McGoldrick (1999, p.5) ao afirmarem que *" no entanto, nós não defendemos as fases do ciclo de vida familiar como inerentes, isto é, idênticas para as famílias de todos os tipos. Mas também não rejeitamos um conceito flexível das fases serem previsíveis, com adequadas tarefas emocional para os indivíduos e grupos familiares, dependendo do seu tipo de estrutura específica, cultura e época histórica actual."*

Estas autoras apresentam uma organização dos estádios do ciclo familiar ligeiramente diferente de Duvall. Conceptualizam seis estádios: sair de casa - jovem adulto único; a junção das famílias através do casamento - o novo casal; famílias com filhos mais novos; famílias com adolescentes; "lançamento" dos filhos e continuar; famílias na vida tardia (1999, p. 2).

Uma primeira diferença é a caracterização do primeiro estádio. Enquanto na classificação de Duvall o ciclo vital da família é iniciado pela constituição do par, nesta classificação o início é pela saída de casa do jovem adulto. Uma segunda diferença jaz no número de estádios e consequentemente ao nível do que identifica a mudança de estádio. Relvas (2000) afirma que *"o(s) critério(s) do investigador é fundamental, pelo que há que aceitar a existência de uma certa arbitrariedade nessa definição"*(p. 21).

Para cada um destes estádios, Carter e McGoldrick (1999) explicitam princípios chave do processo de transição emocional e de mudanças de segunda ordem, necessárias ao desenvolvimento. O primeiro, está relacionado com o próprio aceitar, a responsabilidade financeira e emocional, enquanto as mudanças de segunda ordem serão: auto diferenciação em relação às famílias de origem; desenvolvimento de relações íntimas entre pares; auto determinação no que respeita ao trabalho e independência financeira.

No seguinte estádio (junção das famílias através do casamento) o processo de transição relaciona-se com o compromisso com o novo sistema. As mudanças necessárias são a formação do sistema conjugal e o realinhamento das relações com as famílias de origem e amigos de forma a incluir o cônjuge.

No estádio famílias com filhos mais novos, o princípio chave da transição reporta-se à aceitação da entrada de novos elementos no sistema e as mudanças serão: o ajuste no sistema conjugal para criar espaço para as crianças; juntar-se na descoberta das crianças, nos aspectos financeiros e tarefas domésticas;

realinhamento das relações com as famílias de origem de forma a incluir o papel de pais e de avós.

O princípio chave do estádio seguinte remete para o aumento da flexibilidade da fronteira das famílias para permitir a independência dos filhos e a fragilidade dos avós. As mudanças necessárias ao desenvolvimento passam por: a alteração na relação pais - filho permitindo que o adolescente se mova para dentro e para fora do sistema familiar; recentrar na relação conjugal e questões da carreira; começar a mudança em direcção a cuidar da geração mais velha.

No estádio, "lançamento" dos filhos (launching children) e "continuar" (moving on), o processo de transição associa-se à necessidade de aceitar uma multiplicidade de saídas e entradas no sistema familiar. As mudanças de segunda ordem relacionam-se com renegociação do sistema conjugal como uma díade, desenvolvimento de uma relação adulto – adulto entre os filhos crescidos e os pais, realinhamento do relacionamento para incluir genros ou noras e netos e lidar com deficiências ou morte dos avós.

No último estádio, o princípio chave do processo de transição relaciona-se com o aceitar da deslocação do papel geracional. As mudanças necessárias ao desenvolvimento são: manutenção do próprio funcionamento, do funcionamento enquanto casal e de respectivos interesses, face ao declínio fisiológico – prospecção de novas opções de papel social e familiar; suporte para um papel mais central de geração do meio; arranjar lugar no sistema para a sabedoria e experiência dos idosos, apoio à geração mais velha; lidar com a perda do cônjuge, irmãos ou pares e preparação para a morte.

Segundo Relvas (2000, p. 19) a classificação do ciclo da vida familiar de Betty Carter e Mónica McGoldrick (1999), leva em consideração o entendimento de que *" (...) os aspectos mais significativos que afectam os indivíduos entroncam não só nas suas famílias nucleares, mas também nas anteriores gerações das suas famílias extensas."*

Mónica McGoldrick e Randy Gerson (2000) através da construção dos genogramas, exploram a existência de padrões que se repetem ao longo das gerações. Estes padrões reportam-se ao funcionamento, às relações e à estrutura familiar.

A classificação dos estádios do ciclo da vida familiar desenvolvido por estas últimas autoras mencionadas reporta-se à vivência esperada da família nuclear. No entanto as mesmas autoras desenvolveram o ciclo da vida familiar também em relação a outras formas familiares como famílias monoparentais ou de culturas, como a latina, a afro – americana e estudaram as repercussões no ciclo da vida familiar de alguns problemas sociais como o alcoolismo, e a pobreza.

Relvas (2000) prefere considerar um faseamento para o seu trabalho, semelhante à classificação de Minuchin e Fishman (1990). Afirma que a sua proposta faz a ponte entre perspectivas mais estruturais, como a destes autores e perspectivas mais individualistas como as classificações de Duvall (1957), Hill e Rodgers (1964). Assim, divide o ciclo vital da família em cinco etapas que são a formação do casal, a família com filhos pequenos, a família com filhos na escola, e família com filhos adolescentes e a família com filhos adultos.

A primeira etapa é o começo de um novo ciclo vital familiar. É uma nova família, pois a constituição de um casal leva à formação de um novo sistema, com características próprias. Este novo sistema ao formar-se coloca em comum o que é do domínio de cada um, mantendo uma certa continuidade com as famílias de origem.

A segunda etapa inicia-se com o nascimento do primeiro filho. Nesta fase de transição do ciclo familiar o par inicial tem de se reorganizar, aprender papéis parentais, redefinir os limites com o exterior, entre outros ajustes.

A entrada do(s) filho(s) na escola é a etapa seguinte da vida familiar e representa uma abertura da família ao exterior pois tem início a relação com um novo sistema com grande significado e solidamente estruturado. Nas palavras de Relvas *"é o primeiro grande teste à capacidade familiar relativa ao cumprimento da função externa"* (2000, p. 114).

Na evolução esperada da família segue-se a etapa da família com filhos adolescentes. O principal desafio que se coloca à família é a definição de um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e o social. Nesta etapa, o contexto social tem um peso importante na vivência de cada família e na forma como esta passa este período.

"No final desta etapa os pais estão de certo modo preparados para a saída dos filhos de casa. Ajudaram os filhos na sua própria preparação" (Relvas, 2000, p. 184). Assim, os pais tendem a aceitar o filho como quase adulto, como capaz, com maturidade, autonomia e independência com quem podem estabelecer relações entre iguais.

Apesar de a última etapa do ciclo vital ser dividida por outros autores em dois ou três estádios, Relvas considera que pode ser analisada como um só período pois *"a opção ...deve-se basicamente ao que nos parece ser a sua característica fundamental, marcadamente intergeracional"* (2000, p. 188).

Uma das principais características neste período é um aumento de saídas e entradas no sistema familiar que ocorre após uma fase de estabilização da composição familiar. Entre saída dos filhos e entrada de genros/noras e netos acrescenta-se a importância da relação com os sistemas familiares das famílias de origem dos novos elementos.

Esta geração de pais tem como principal tarefa conciliar a saída dos filhos e as entradas de novos elementos, redefinir a relação do casal, aprender a lidar com possível dependência dos pais ou a própria.

Como foi mencionado existem várias versões do ciclo vital da família e a apresentação realizada, adveio da escolha sobre as que têm sido mais abordadas. Identificam-se as limitações que existem à utilização do modelo do ciclo vital, mas esforços têm sido feitos para alargar a sua utilidade explicativa, a outras formas familiares. Como tem sido realçado pelos diferentes autores, o ciclo vital continua a ser uma boa ajuda para fazer a leitura das famílias.

1.7– FAMÍLIA E SAÚDE

As problemáticas da família e da saúde, a forma como a família vai articulando as questões da saúde, representam a perspectiva que neste subcapítulo é abordada. Considera-se, igualmente, a óptica da família como entidade cuidadora e como centro de cuidados de saúde.

A família e a sua dinâmica exigem uma permanente interacção com o meio, influenciando-se mutuamente, no seu percurso evolutivo. As mudanças

familiares obrigam a novas estratégias de intervenção para a saúde. Os Cuidados de Saúde Primários têm que se adaptar a novos conceitos de saúde, a mudanças operadas no binómio saúde-doença da população e a mudanças sociais operadas na mesma.

A necessidade que o sistema de cuidados de saúde se adapte continuamente às mudanças que vão ocorrendo, também entronca num aspecto essencial que é o entendimento que a sociedade, cada indivíduo ou família, tem sobre o que representa a saúde.

Refere Honoré (2002, p. 28) que foi impelido a: *"...distinguir provisoriamente vários registos de compreensão da saúde (...): - a saúde como ausência de doença e como estado, - a saúde como tonalidade da existência, - a saúde como estilo de vida, - a saúde como um bem que se recebe, - a saúde na sua significação ética, - a saúde na sua significação aos olhos do mundo, - a saúde na sua ressonância económica e política*." Estas diferentes compreensões fundamentam a complexidade das questões que se colocam aos profissionais de saúde, pois nem todos esperamos o mesmo dos serviços de saúde.

A resposta dos cuidados de saúde tem, a maior parte das vezes, uma matriz individual. O aprofundar do conhecimento levou a que, em certos momentos, o foco de interesse dos profissionais de saúde fosse um sistema orgânico do indivíduo, uma parte anatómica específica. Estávamos perante um pendor tecnicista. Alfonso e Álvarez-Dardet (1992) afirmam: *"se nos centrarmos só no cuidado dos sinais e sintomas, estaremos a cuidar só da doença e não das pessoas ou população"* (p. 29).

Referem os mesmos autores que *"a doença não pode ser tratada de forma isolada e é necessário tratar também o doente"* (1992, p. 20). Assim, a visão holística do homem também é valorizada. Passou a ser comummente aceite que o homem é constituído por partes, mas não se deve esquecer o todo. As correntes humanistas, assentes no valor do ser humano e na qualidade da sua existência, bem como o existencialismo contribuíram para sedimentar esta perspectiva do primado da pessoa.

Os profissionais de saúde posicionam-se assim, de forma geral, na valorização do registo individual (Hanson, 2005). Este posicionamento é reflexo da perspectiva dominante do próprio sistema de saúde. A título de exemplo

pode-se constatar que nos elementos estatísticos que retratam a saúde dos portugueses, são sempre trabalhados os dados individuais. Consequentemente os indicadores construídos para avaliar a evolução da saúde também são individuais (Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde, 2007).

No entanto outras perspectivas estão a surgir, pensando no ser enquanto colectivo. Se esta unidade colectiva for entendida como comunidade e já o é há bastante tempo como por exemplo, na filosofia dos cuidados de saúde primários, a família é também uma unidade fundamental, no cuidar (Stanhope, 1999; OMS, 2000).

A unidade familiar entendida como foco de interesse, para os profissionais de saúde, é mais recente (Friedman, 1998; Hanson, 2005; Wright e Leahey, 1990). O conhecimento lato e aprofundado da unidade familiar, já tem sido trabalhado por áreas científicas diversas e dentro da área da saúde, por alguns profissionais.

Atente-se na visão de Hanson ao afirmar que *"acredito que a enfermagem de família não é apenas mais uma especialidade em evolução dentro da enfermagem, mas* ***O*** *escudo sob o qual todas as especialidades podiam/deviam praticar a enfermagem"* (2005, p. xiii).

A tendência em valorizar a unidade familiar vai provocar novas adaptações e readaptações nos de cuidados de saúde. Consultando a Lei de Bases da Saúde de Portugal (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro) verifica-se que a família não vem mencionada, embora a comunidade venha. A lei refere-se explicitamente aos indivíduos e à comunidade.

No Capítulo I, das Disposições gerais, na Base I dos Princípios gerais, da referida lei, vem no n.º 1 que *" A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei"*.

As mudanças, em Portugal, começam a ser mais formais, deixando a esfera das possibilidades, das tendências e passando a trilhar caminhos mais concretos, mas ainda não consolidados. Serve de exemplo a utilização, nos centros de saúde, da ficha familiar, instituída desde 1987 pela Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, para apoiar o registo de dados relativos à família.

Mais recentemente, na organização do Serviço Nacional de Saúde Português começaram a constituir-se as Unidade de Saúde Familiar (USF), criadas pelo Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio, repristinado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, regulamentado pelo Despacho Normativo nº. 9/2006 de 16 de Fevereiro que continuaram a experiência dos Regimes Remuneratórios Experimentais, que por sua vez surgiram da estrutura existente dos Centros de Saúde.

Na introdução do Despacho Normativo referido, declara-se que no cumprimento da Lei de Bases da Saúde, o Sistema de Saúde Português assenta nos cuidados de saúde primários. A prestação destes cuidados é desejavelmente realizada junto da comunidade, este aspecto é valorizado pelo governo português pois considera que a prestação de cuidados deve ser próxima dos cidadãos. Mais afirma, nesse Despacho o governo português, a necessidade de reorganização dos cuidados de saúde primários.

Assim, a criação das Unidades de Saúde Familiar integra-se nesse propósito de reorganização dos serviços. O regime jurídico da organização e funcionamento das USF é objecto de legislação pelo Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. Estas novas unidades se bem que de nome familiares serão de facto orientadas para o indivíduo, pois na carteira básica de serviços contratualizados com o estado (Portaria n.º 1368/2007de 18 de Outubro**)**, só existe uma referência explícita à família dentro do item "vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida", apesar dos processos clínicos, nos centros de saúde, estarem organizados por agregados familiares.

Esta realidade do Serviço Nacional de Saúde Português, em termos internacionais, não é única. Tem havido algumas iniciativas da OMS, nomeadamente da região europeia no sentido de incentivar a construção de programas e formação dos profissionais de saúde para estarem mais aptos a considerar a família como grupo importante de atenção (WHO, 2000a,b,c,e). Também outros países criaram programas orientados para a família como aconteceu no Brasil com o Programa Saúde da Família que já tem mais de uma década de desenvolvimento.

Mas também as perspectivas da orientação teórica dos cuidados de saúde foram questionadas nas últimas décadas do séc. XX e consequentemente alterações na prestação de cuidados de saúde foram introduzidas. Hartrick *et al*

(1994), ao advogar o papel da enfermeira de promoção de saúde da família, referem que a prestação de cuidados de saúde depende da perspectiva que o profissional de saúde tiver, sobre saúde e cuidados de saúde.

Estes autores apresentam a leitura que a Registered Nurses Association of British Columbia (RNABC, 1992) tem sobre estas diferentes perspectivas. Referem que uma perspectiva é o modelo médico, em que a saúde é definida como ausência de doença e a ênfase no tratamento e a prevenção da doença, para resolver os problemas. Uma segunda perspectiva é a comportamental, nesta já se consegue perceber que há uma diferença ligeira, a inclusão de concepções de promoção do bem-estar físico. A ênfase nesta perspectiva é as alterações de comportamento e os estilos de vida no sentido de diminuir o risco de doenças.

A última perspectiva é a sócio-ambiental. Esta perspectiva integra aspectos sociais e de ambiente na saúde e na doença. Dentro desta perspectiva a saúde é vista como um recurso para a vida, de acordo com as declarações mais recentes da OMS.

Um movimento importante começou com a conferência da OMS em Alma-Ata (1978), com o patrocínio da OMS, lançando as fundações dos cuidados de saúde primários, perspectiva inovadora que foi entrando no discurso das políticas de saúde de muitos países e também em Portugal. Esta conferência seguiu-se ao lançamento do movimento de Saúde para Todos que ocorreu na Assembleia Geral da OMS em 1977.

A perspectiva dominante na 1ª Conferência de Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, é a prevenção da doença, já mais orientado para o foco comunitário e para a articulação com outros sectores (no sentido de se atingir níveis mais elevados de saúde), com uma participação desejável dos indivíduos e das comunidades no projecto conjunto de saúde.

A promoção da saúde foi definida, na carta de Ottawa (1986), como o processo de capacitar as pessoas a aumentar o seu autocontrolo e a promover a sua saúde. A saúde como um conceito positivo enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.

As acções de promoção da saúde passam por: construir políticas públicas de saúde; criar ambientes de suporte à saúde; reforçar a acção comunitária; desenvolvimento das capacidades pessoais; reorientar os serviços de saúde; e

orientar a acção para uma estratégia de futuro. As condições fundamentais para uma melhor saúde são: recursos de saúde adequados, habitação, educação, nutrição, o estado económico bem como justiça social e equidade.

A promoção da saúde implica a acção coordenada entre estruturas governamentais e sectores da saúde, de economia, organizações voluntárias, estruturas locais, entre outras. Advoga-se o papel dos profissionais de saúde como mediadores, entre os diferentes interesses existentes na sociedade, para a comunidade atingir o nível de saúde que é ambicionado.

O compromisso com a promoção da saúde passa, entre outras medidas enunciadas, por reorientar os serviços de saúde e os seus recursos para a promoção da saúde e partilhar o poder com outros sectores, outras disciplinas e, sobretudo, com as próprias pessoas (indivíduos, famílias ou comunidade).

Uma outra conferência internacional sobre promoção da saúde realizou-se em Adelaide (1988) que tinha por princípio estabelecer Políticas Públicas Salutogénicas. Nesta conferência são reafirmadas as áreas de acção já enunciadas em Ottawa e que passam pela construção de políticas públicas salutogénicas: criar ambientes de suporte à saúde; desenvolver as capacidades pessoais; reforçar a acção comunitária; e reorientar os serviços de saúde.

Refere-se, na declaração, que estas acções são interdependentes mas o estabelecimento de políticas públicas salutogénicas propiciará outras acções. Essas políticas serão económicas, sociais e de saúde, concebidas de uma forma integrada. Nesta conferência reafirma-se como pré-requisitos para a saúde a justiça social e a equidade, sendo a defesa e a mediação os processos necessários ao seu cumprimento. Também é dada ênfase à questão da globalização.

Nas Metas da Saúde para Todos no ano 2000 (Região Europeia da OMS) afirma-se que as diferenças nos níveis de saúde entre países e entre grupos em cada país, devem ser reduzidas pelo menos 25%, promovendo o nível de saúde dos países e dos grupos mais desfavorecidos.

Foram identificadas quatro áreas-chave prioritárias para a implementação imediata de medidas de política de saúde que são: a saúde da mulher, a alimentação, o combate ao álcool e tabaco e a criação de um ambiente de suporte.

Em 1989, a Organização Mundial de Saúde convoca um grupo de trabalho para rever o conceito de promoção da saúde e os seus princípios, bem como propor medidas para a sua implementação. Este grupo de trabalho, para a promoção da saúde nos países em desenvolvimento, elabora um relatório (WHO 1990) que integra questões relacionadas com os constrangimentos que se colocam à promoção da saúde. Uma questão pertinente prende-se com a solicitação, pelas pessoas, de resposta imediata da medicina curativa. Assim, a promoção da saúde terá de explicitar bem os benefícios que produz para a saúde dos indivíduos, comunidades e publicitá-los.

Nesse mesmo relatório são apresentadas as áreas de acção nomeadamente, o estabelecimento de focos a nível local e nacional de responsabilidades de educação para a saúde e de promoção da saúde, com clara definição da autoridade e dos recursos e infra-estruturas necessárias para implementar programas. Esses programas deverão incluir as principais estratégias de promoção da saúde: advocacia, construção de alianças, capacitação das pessoas.

É em Sundswall (1991) Suécia que se realiza mais uma conferência internacional sobre promoção da saúde, sob o lema “Ambientes de Suporte à Saúde”, tendo como resultado mais relevante convidar todas as pessoas, de todo o mundo, a participar activamente no sentido de tornar os ambientes (físicos, sociais, económicos ou políticos) mais favoráveis à saúde.

As acções devem reflectir os princípios da equidade, incluindo todos os cidadãos neste objectivo comum e o reconhecimento da interdependência de todos os seres humanos, levando a uma gestão dos recursos naturais que considere as necessidades das futuras gerações.

A Conferência de Sundswall voltou a indicar que as questões da saúde, do ambiente e do desenvolvimento humano não podem ser separadas. O desenvolvimento deve implicar a melhoria da qualidade de vida e de saúde, preservando ao mesmo tempo a sustentabilidade do meio ambiente. Só acção mundial baseada em parcerias globais pode garantir o futuro do planeta.

Em Portugal, entretanto, surgiu o movimento das Cidades Saudáveis e a Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde como exemplos da preocupação por ambientes promotores de saúde.

A quarta conferência internacional sobre promoção da saúde: "Novos Actores para uma Nova Era da Promoção da Saúde no séc. XXI" decorreu em Jakarta (1997). Teve como objectivos rever e avaliar o impacto da promoção da saúde, identificar estratégias inovadoras para alcançar o sucesso na promoção da saúde e facilitar o desenvolvimento de parcerias para enfrentar desafios globais.

As acções propostas, nesta conferência para a promoção da saúde no século XXI dividem-se entre o investimento e acção, pois aceita-se que a promoção da saúde é um investimento chave, pois a saúde constitui um direito básico essencial para o desenvolvimento social e económico, sendo a promoção da saúde, um processo de habilitar as pessoas para incrementarem e melhorarem a sua saúde. Outra acção proposta prende-se com a compreensão de novas determinantes da saúde relacionadas com as alterações sociais, comportamentais e biológicas, entre outras.

Ainda nesta conferência é defendida a promoção da responsabilidade social e a consolidação e expansão das parcerias em saúde, garantindo o aumento da capacidade comunitária e o *empoderamento* do indivíduo e a criação de infra-estruturas para a promoção da saúde.

A acção a implementar é a constituição de uma aliança global para a promoção da saúde, com o objectivo de colocar em marcha as prioridades enunciada na conferência. Essas acções passam pela sensibilização para a mudança das determinantes da saúde, apoio ao desenvolvimento de redes e de colaboração para o desenvolvimento da saúde, mobilizar recursos para a promoção da saúde, acumular conhecimentos sobre as melhores práticas permitindo aprendizagem compartilhada, promover a solidariedade em acção e promover a transparência e a responsabilidade pública, na promoção da saúde.

Em 1998, a OMS, na sua Assembleia Geral, aprova a resolução WHA51.12 sobre a promoção da saúde, tendo por base as prioridades para o séc. XXI, assinaladas na conferência de Jakarta. A resolução insta o Director-Geral a fortalecer a capacidade da Organização para reduzir as desigualdades na saúde, formar uma aliança global para a promoção da saúde, apoiar o desenvolvimento de uma política e prática de promoção da saúde fundada em dados comprovados e elevar a promoção de saúde na lista de altas prioridades da OMS.

É na cidade do México (2000) que decorreu a quinta conferência internacional sobre promoção da saúde, sob o título “Rumo a uma maior Equidade”. A conferência tinha como objectivos mostrar como a promoção da saúde faz a diferença para a saúde e a qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas, elevar a saúde a prioridade máxima das agências internacionais, nacionais e locais e estimular as parcerias para a saúde, entre os diferentes sectores da sociedade.

Esta conferência teve como principais conclusões e recomendações o fortalecimento da teoria e prática de promover a saúde e o fortalecimento das atitudes e acções políticas, para a promoção da saúde.

Nesta conferência foi assinada a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde: Uma Plataforma para a Acção. Desta declaração foi signatário o Ministro da Saúde português. Nela se declara o reconhecimento da realidade da saúde a nível mundial e se aceita avançar para um certo número de iniciativas entre as quais se destaca a preparação de um plano de acção que integre a identificação das prioridades da saúde, o estabelecimento de políticas públicas e programas. Também o apoio à investigação que amplie o conhecimento e a mobilização de recursos financeiros e operacionais para o desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais para a construção, implementação, acompanhamento e avaliação do plano de acção.

A sexta conferência internacional sobre promoção da saúde, em Banguecoque (2005) produziu a "Carta para a Promoção da Saúde num Mundo Globalizado". Identifica várias acções para a implementação das estratégias para a promoção da saúde que passam por advogar para a saúde baseada nos direitos humanos e na solidariedade; investir em acções, infra-estruturas e políticas sustentáveis para abordar as determinantes da saúde; gerar capacidades para o desenvolvimento de políticas, liderança, práticas de promoção da saúde, transferência de conhecimentos e investigação, saúde e literacia; regular e legislar a fim de assegurar um elevado nível de protecção de danos e permitir a igualdade de oportunidades para a saúde e o bem-estar para todos os cidadãos; e construir alianças com parceiros públicos, privados, não-governamentais e de organizações internacionais e a sociedade civil para criar acções sustentáveis.

Os compromissos – chave enumerados nesta conferência são: colocar a promoção da saúde como preocupação central na agenda de desenvolvimento

global; transformar a promoção da saúde numa responsabilidade fulcral de todos os governos; situar a promoção da saúde como um foco fundamental das comunidades e da sociedade civil; introduzir a promoção da saúde como a exigência de uma prática corporativa de qualidade.

Nesta conferência ainda foi lançado um pedido para que a ONU explore os benefícios de um possível tratado global para a saúde.

Estas seis conferências internacionais, cujo patrocínio foi da OMS, têm sido essenciais para orientar o desenvolvimento, a direcção e práticas globais de promoção da saúde, criando um movimento que tem contaminado os sistemas de saúde. Estratégias, modelos e métodos em promoção da saúde não estão limitados a um problema de saúde específico, nem a um conjunto específico de comportamentos, mas aplica-se a uma variedade de grupos populacionais, factores de risco, doenças e contextos.

Apesar de já haver um longo historial em relação às lógicas da promoção da saúde, ainda se encontra, nalguns textos e no pensamento de alguns profissionais de saúde, perspectivas de alguma incerteza entre os conceitos de prevenção e promoção.

Socorrendo do Glossário da Promoção da Saúde (1998), podemos tentar identificar um conjunto de características que dão corpo a estes conceitos. Assim, pode-se entender prevenção como uma tentativa de identificar as causas e remover os factores que conduzem à doença, mas também parar o progresso da doença e reduzir as suas consequências. Este conceito tem, assim, por base os níveis de prevenção, primário, secundário, terciário e até quaternário. A perspectiva mais comummente usada é a associada à prevenção primária e é esta cuja leitura cria, mais vezes, alguma contaminação com o conceito de promoção da saúde. Dentro desta área pode-se incluir o fundamento dos cuidados antecipatórios.

Ainda de acordo com o referido glossário, promoção da saúde será o processo de capacitação das pessoas, no sentido de lhes possibilitar o controlo e o incremento da saúde. A promoção da saúde centra-se em factores de manutenção e promoção da saúde que podem ser físicos, biológicos, sociais, culturais, atitudes e habilidades pessoais. Assim, saúde será o resultado de interacções complexas entre a constituição da pessoa, suas condições de vida,

atitudes perante a vida e capacidade de agir. Saúde não será tanto um objectivo de vida, mas um recurso para a vida. Serão pertinentes intervenções de empoderamento, de capacitação, dos indivíduos e comunidades.

Na perspectiva da Associação Europeia de Saúde Pública (EUPHA) a promoção da saúde é uma estratégia para promover a saúde pelo reforço dos recursos da saúde e prevenção da doença; é a estratégia para proteger a saúde evitando ou reduzindo riscos para saúde.

Retomando, a evolução que a orientação teórica dos cuidados de saúde tem sofrido ao longo das últimas décadas, percebe-se que esta não se esgota na clarificação dos conceitos de prevenção e promoção da saúde. Existe também uma perspectiva teórica que emerge, a da salutogénese. Esta perspectiva não substitui ou oculta a perspectiva patogénica, seja ela curativa ou preventiva, mas, na óptica do seu grande impulsionador, complementa.

Salutogénese significa geradora de saúde. Este termo foi usado por Antonovsky, em 1979, para ilustrar um novo paradigma de compreensão da saúde que torna ou mantém as pessoas saudáveis.

Assim parece que enquanto as práticas preventivas se relacionam com o paradigma da patogénese, as práticas de promoção da saúde o fazem mais com o paradigma salutogénico. Também em Portugal se encontra um entendimento próximo, como por exemplo no Programa Nacional de Saúde Escolar onde se afirma que *"ao nível local ... assenta numa metodologia de projecto e numa abordagem salutogénica da promoção de saúde"* (2006, p. 7).

Mais adiante refere-se que *"numa abordagem mais tradicional dos comportamentos de risco, o objectivo da intervenção é a sua causa específica, a 'patogénese' do problema"* (p. 17).

No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer pois a visibilidade dos ganhos em saúde, decorrentes de práticas de promoção da saúde, não tem sido amplamente documentada e divulgada.

Num documento da OMS de 2003 sobre promoção da saúde e estilo de vida saudáveis, são elencados alguns constrangimentos que se têm colocado ao desenvolvimento da promoção da saúde, mas também os progressos que têm ocorrido e as propostas de acção futuras. Um desses constrangimentos refere-se

à existência de *"provas insuficientes sobre a eficácia da promoção da saúde contribuem para uma alocação limitada de recursos, e, consequentemente, intervenções de promoção da saúde subfinanciadas e menos eficazes. Por conseguinte, são necessários esforços especiais para recolher provas sólidas, particularmente nos países em desenvolvimento"* (p. 2).

Mas, essa preocupação já estava patente nas conferências internacionais de promoção da saúde, referidas anteriormente, e várias parcerias, grupos de trabalho têm sido criados sob os auspícios da OMS para produzir essa evidência.

Urge tornar público estudos como por exemplo aqueles em que se identifica que em programas de promoção da saúde, nomeadamente os envolvendo actividade física, por cada euro gasto nesses programas, há uma redução de 3,4 euros em utilização de cuidados de saúde (CDC, 2002).

No Programa Nacional de Saúde Escolar vem referido que *"os estudos de avaliação do custo-efectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1 € gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14 € em serviços de saúde, amanhã"* (2006, p. 6).

Apresentado o panorama do Serviço Nacional de Saúde português, as suas linhas de orientação bem como as actuais perspectivas teóricas que em termos internacionais dão corpo às políticas de saúde, revela-se natural que se aluda à perspectiva da família, quer como promotora da saúde dos seus membros, quer como centro de cuidados de saúde.

1.7.1 – Dinâmica familiar e saúde

Para compreender a dinâmica familiar, o recurso à teoria dos sistemas é de grande utilidade. Apresenta-se de seguida a forma como esta teoria subsidia o estudo das famílias e quais as perspectivas presentes na saúde das famílias, saúde familiar ou nas famílias saudáveis.

A teoria geral dos sistemas tem mais de cinquenta anos e foi inicialmente delineada em áreas da ciência como a biologia e a física. Posteriormente começou a ser utilizada pelos sociólogos e antropólogos. Refere Relvas (2000, p. 10) que *"a família é, deste modo, entendida como um sistema, um todo, uma globalidade que só nesta perspectiva holística pode ser correctamente compreendida."* A

utilização da teoria dos sistemas no estudo da família é de grande pertinência pois, fundamenta a percepção e a descrição de como os elementos da família se inter-relacionam. À luz desta teoria a família é uma entidade una e particular.

Dentro desta perspectiva, da família como um sistema, é de considerar que *"ler sistematicamente a família implica, então, ter uma visão global da sua estrutura (dimensão espacial) e do seu desenvolvimento (dimensão temporal) "* (Alarcão, 2002, p. 39). Por isso, segundo esta autora, a família pode ser analisada segundo dois eixos: sincrónico (espaço) e o diacrónico (tempo).

Esta visão da família como sistema não faz esquecer que também existem partes no sistema, chamado de subsistemas e que também, por sua vez, está contida em outros sistemas mais globais. Como explica Relvas (2000, p. 11): *"cada família enquanto sistema é um todo mas é também parte de sistemas, de contexto mais vastos nos quais se integra (comunidade, sociedade)."*

De acordo com Friedman (1998) as características principais da teoria dos sistemas aplicada à leitura da família são que o sistema familiar não existe num vazio, o contexto no qual o sistema funciona é importante; que todas as partes do sistema familiar estão interligadas ou inter-relacionadas; que o todo é maior que a soma das partes; a compreensão da família só é possível pela observação de toda a família; o que afecta o todo do sistema familiar, afecta cada uma das suas partes; a causa e efeito têm uma característica circular; o sistema familiar é auto-reflexivo e procura atingir objectivos.

A teoria dos sistemas permite entender as interligações entre o sistema familiar e os outros sistemas existentes no contexto de cada família. As transacções entre os sistemas são possíveis porque são sistemas abertos balançando continuamente as entradas e saídas.

Uma perspectiva importante que a teoria geral dos sistemas fundamenta é o entendimento que à família não se aplica o conceito de causalidade linear, mas sim de causalidade circular. Isto refere-se à circunstância de uma entidade não afectar somente uma outra, mas ao mesmo tempo que afecta é afectada por essa outra entidade. Na família esta lógica de causalidade circular fundamenta-se na característica de inter-relação e interactividade que existe entre os seus membros.

Os trabalhos de Maturana e Varela (2001) com a perspectiva que os seres vivos são sistemas autopoiéticos, contribuem para uma outra visão dos sistemas sociais, como é a família. O conceito de determinismo estrutural ajuda a perceber que as unidades autopoiéticas são perturbadas pelo meio exterior, negando assim a perspectiva que há entradas no sistema. As alterações que possam ocorrer no sistema são assim fruto da estrutura do sistema perturbado e não dos agentes perturbadores. Esta perspectiva fundamenta também que os seres vivos sendo autopoiéticos, são autónomos, mas desenvolvem a sua ontogénese dentro de estruturas sociais que poderão ser consideradas também sistemas autónomos criando redes de co-ontogénese na constituição dessas unidades de ordem superior.

Estes autores, como consequência desta compreensão dos seres vivos, advogam que a forma como cada pessoa vê o mundo é determinada pela sua estrutura. Logo há tantas visões do mundo quantas as pessoas. Assim, a noção de objectividade é inviável, uma vez que o observador não é separado da realidade que observa.

Os conceitos de entropia e *neguentropia* são úteis para se entender o comportamento dos sistemas abertos, como é o sistema familiar. Pois, os sistemas com um maior grau de entropia serão sistemas mais caóticos com tendência a se desintegrar, enquanto os sistemas com mais organização, incorporam a informação externa para criar maior complexidade e estrutura mais flexível, no sentido de uma maior *neguentropia*.

O sistema familiar continua integro através de estratégias de homeostasia que lhe permitem lidar com as alterações e manter o desenvolvimento, conseguindo assim, a adaptação. Este conceito de homeostasia tem sido já por várias vezes questionado quer relativamente à sua aplicação ao sistema familiar quer ao ser humano.

Refere Lewis *et al* (1976) que alguns autores consideram que a aplicação do termo homeostasia poderá ter sentido se se referir a sistemas familiares perturbados, no entanto, consideram que se devia optar pelo conceito de morfogenia, aplicado às famílias saudáveis pois, é mais adequado a descrever os mecanismos existentes nessas famílias de maior espontaneidade, abertura ao crescimento e mudança.

Uma consequência do entendimento da família como um sistema é a leitura que promove sobre a dinâmica familiar. Assim, os membros da família estão interligados e são interdependentes. Como refere Van Riper (2005*) "quando ocorre uma mudança na saúde de um dos membros, todos os outros serão afectados e a unidade familiar como um todo, será alterada"* (p. 132).

Esta autora cita Kern (1995) que aventou que a família pode influir no curso da doença, no grau de incapacidade e na resposta do membro afectado. A família como um todo pode contribuir para a saúde física e psicológica de qualquer um dos seus membros. Já tem sido estudada a influência da família, na saúde psicológica dos indivíduos. Esta influência está mais documentada do que a interferência sobre a saúde física, pois o investimento na percepção dessa influência não tem sido tão elevado.

No entanto, do que se conhece na actualidade há indícios dessa relação. Serve de exemplo os estudos que têm demonstrado uma relação positiva entre casamento e saúde física. As pessoas separadas, divorciadas, viúvas e as que nunca casaram, apresentam resultados de saúde inferiores às pessoas casadas. O apoio suplementar e rendimentos mais altos das pessoas casadas, tem sido associado a uma melhor saúde física. A estes dados, Van Riper (2005) acrescenta que há menor probabilidade das pessoas casadas terem comportamentos de risco, como fumar e beber em excesso, se bem que há maior probabilidade de terem aumento de peso e menor exercício físico.

Como foi referido está bastante bem estudada a relação entre a família e a saúde psicológica. Utilizando um exemplo semelhante ao anterior pode ser referido que alguns estudos, citados por Van Riper (2005) indicam que o casamento tem um impacto mais positivo na saúde psicológica do homem do que na da mulher, pois as mulheres casadas têm mais depressões e ansiedade do que os homens. No casamento parece que os homens beneficiam mais do apoio emocional. Assim os homens divorciados sofrem uma perda de apoio emocional. Nas mulheres casadas a perspectiva mais identificada é o apoio económico que quando divorciadas deixam de ter.

As situações apresentadas reportam para a saúde das famílias. Se as famílias não são iguais à soma dos seus membros, paralelamente a saúde da família não é igual à soma da saúde dos seus membros. Hanson e Kaakinen (1999) afirmam que *"a ideia formada de saúde familiar carece de consenso e*

precisão" (p. 544). Continuam as mesmas autoras, citando Anderson *et al* (1992) *"a análise da saúde familiar inclui simultaneamente a saúde e a doença, o aspecto individual e o colectivo"*.

Hanson (2005) afirma que a junção do termo saudável à família é muitas vezes utilizado como contraponto à família doente ou disfuncional e é usado para classificar, com mais frequência, o estado mental do que a saúde física. Assim, neste entendimento a família saudável é a que funciona bem na sociedade, o que poderá ter pouca relação com saúde física. Esta autora apresenta uma definição: *" a saúde familiar é um estado dinâmico de relativa mudança de bem-estar que inclui os factores biológicos, psicológico, espiritual, sociológico e cultural do sistema familiar"* (p. 7).

Esta definição implica uma avaliação simultânea dos membros da família individualmente e do sistema familiar como um todo. Bomar *et al* (2005) apresentam as quatro visões sobre saúde familiar identificadas por Loveland-Cherry (1986):

1 - O modelo clínico que se reporta à família ser considerada saudável se os seus membros não sofrerem de nenhuma disfunção física, psicológica ou social;

2 - O modelo de desempenho do papel. Sob esta perspectiva a saúde está presente nas famílias em que haja capacidade de realizar as funções e tarefas de desenvolvimento;

3 - O modelo adaptativo relaciona-se com a visão de que famílias que conseguem mudar, crescer, mantendo-se unidas, adaptando-se, são saudáveis;

4 - O modelo eudemonístico associa-se à perspectiva da procura de bem-estar da família, do incremento do seu potencial.

Porém, Hanson (2005) dá uma outra perspectiva sobre famílias saudáveis. Associa esta terminologia com os pontos fortes da família. Refere ter sido Otto (1963) o primeiro investigador a chamar a atenção para os pontos fortes da família. Este autor salientou a necessidade de se valorizar os aspectos positivos das famílias ao invés da identificação das suas fraquezas, esta última numa abordagem mais patológica.

Todas as famílias podem ser posicionadas, de acordo com Lewis (1979), num contínuo de competência entre um extremo de famílias com problemas severos, para um outro extremo de famílias saudáveis. No interior desse contínuo estariam as famílias com problemas e as famílias vacilantes. A questão do posicionamento nesse contínuo não está relacionada com um único factor. A pesquisa aponta para que esse posicionamento é resultante da articulação de múltiplos factores, determinando de que forma uma família é competente.

Refere ainda, este autor que as duas principais funções da família são a de encorajar o crescimento contínuo dos pais e a de preservar a sua sanidade. Uma outra função é a da família criar crianças autónomas e saudáveis. Refere ainda Lewis que as famílias saudáveis realizam bem estas funções.

Este autor, no estudo que desenvolveu, compilou uma série de características das famílias que na sua perspectiva, quando presentes na família, são indicativas de esta ser saudável. As características, a seguir apresentadas, foram divulgadas por Lewis em 1979. Este autor refere que nenhuma delas é mais importante do que outra, apesar de reconhecer que há vários estudos que indicam que quanto melhor for a relação do casal, maior será a probabilidade da família ser competente.

Uma primeira característica mencionada é um *casamento sólido*, expresso por poder partilhado, intimidade e cooperação. Uma segunda é o *poder paternal democrático*. O poder é assumido pelos pais mas ouvem a opinião dos filhos e procuram consensos. Outra característica presente nas famílias saudáveis é a *proximidade familiar*. Esta característica expressa a perspectiva da conexão entre os membros da família sem abdicar da sua individualidade. Passa por ser o saldo entre o “eu” e o “nós”.

Uma quarta característica presente é a *comunicação*. As famílias saudáveis têm boa comunicação. Há espontaneidade e abertura. A comunicação é clara, não havendo dificuldade em perceber o que o outro sente ou pensa. Uma outra característica está relacionada com a *capacidade efectiva de solucionar problemas*. Os problemas são rapidamente identificados e a sua resolução engloba estratégias de negociação e consenso, sem recurso a culpabilização.

Outra particularidade das famílias saudáveis é a *abertura na partilha de sentimentos*. Todos os membros sentem segurança e expressam o que sentem e

há um ambiente de cordialidade, estando presente o respeito mútuo e o humor. Estas famílias partilham entre os seus membros o luto resultante de perdas.

Valores e crenças fundamentais na bondade humana apesar da imperfeição são partilhados nestas famílias e constitui-se como outra particularidade. A crença que os homens são bons leva a que a aproximação com os outros seres humanos seja aberta e calorosa. Uma última característica apresentada por Lewis, refere-se à *promoção da intimidade e autonomia*. Escreve o autor *" o ênfase em regras claras, poder partilhado, resolução efectiva de problemas, abertura aos sentimentos, aceitação das diferenças individuais e uma atitude básica que ensina a ver que as pessoas são boas... encorajará quer a intimidade quer a autonomia "* (1979, p. 92).

Este autor salienta que, apesar de estas características estarem presentes nas famílias saudáveis, as famílias não são iguais. Os seus interesses, o nível de actividade, o envolvimento político ou religioso, porque diverso, fazem com que as famílias sejam muito diferentes. Assim, pode-se afirmar que cada família tem o seu estilo e quando se percebe como se relacionam e comunicam, é que se descobrem as semelhanças.

Curren (1983) desenvolveu um estudo sobre as famílias e segundo Hanson (2005), identificou as seguintes características das famílias saudáveis: *"comunica e ouve; fomenta o tempo e a conversa à mesa; aceita e apoia cada membro da família; ensina o respeito pelos outros; desenvolve um espírito de confiança; gosta de brincar e tem sentido de humor; interage de forma equilibrada entre os membros; partilha tempo livre, demonstra ter sentido de responsabilidade partilhada; ensina a distinguir o certo do errado; conhece rituais e tradições; partilha uma crença religiosa; respeita a privacidade de cada membro; dá valor ao serviço prestado a outros; admite a existência de problemas e procura ajuda"* (p. 7).

Friedman (1998) refere vários autores que identificaram as características das famílias saudáveis. De acordo com os estudos realizados essas famílias tiveram denominações diferentes como Famílias Energéticas (Pratt, 1976), Famílias Competentes ou Óptimas Funcionalmente (Beavers e Hampson, 1993) e Famílias Elásticas (McCubbin e McCubbin, 1993).

Beavers e Hampson (1993) apresentam o que entendem por competência familiar que, segundo Friedman (1998, p.10) será *" a maneira capaz como a família desempenha as tarefas de educação e as necessárias à organização e administração de si própria."*. Também estes autores referem, o que consideram como características de uma família com um funcionamento óptimo que serão, entre outras, *"demonstrarem atitudes de filiação (proximidade e zelo) em relação uns aos outros. Os pais nestas famílias são claramente os líderes e cuidam um do outro. A liderança familiar é igualitária e flui da díade marital/parental. Os pais formam uma forte aliança, providenciando modelos para as crianças, de respeito e afecto/proximidade. A família é optimista e desfrutam uns dos outros."*

1.7.2 – Família cuidadora

É na família que o indivíduo se desenvolve, é cuidado e se torna um elemento social. A família contribui para a saúde dos seus membros, através do apoio ao seu desenvolvimento físico e psicossocial. É também na unidade familiar que os seus membros adquirem hábitos de saúde e constroem o conceito de saúde.

Apresenta-se, seguidamente, a perspectiva da função de saúde da família ou seja a função de cuidar da saúde da família ou a família como unidade cuidadora. Estas diferentes designações, correspondem a eventuais perspectivas de distintos autores, mas muitas vezes significam um mesmo núcleo de acções, transmissão ou crenças relacionadas com a saúde que ocorrem no seio familiar.

Também é na família que são apreendidas as crenças e práticas de saúde, cultural e socialmente aceites, quer sejam práticas internas à família quer tenham a ver com as relações da família com o ambiente externo. Stanhope (1999) refere que *"a família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros"* (p. 503).

Honoré (2002) apresenta uma perspectiva da influência da família na saúde que se encontra no âmbito desta função da família. Honoré (p. 55) cita o trabalho de Faltenmaier (1991) sobre a teoria da subjectividade da saúde e escreve: *" as mulheres são negociadoras da saúde: elas transmitem as atitudes e comportamentos aconselhados para se manter em boa saúde ou para fazer face*

à doença. Responsáveis pela socialização dos membros da família, incutem-lhe um modo de vida mais ou menos saudável e desempenham por isso a função de representantes de uma cultura médica."

O âmbito dessas funções e tarefas varia de acordo com as características de cada família. Porém Stanhope (1999) elenca um conjunto de tarefas e funções de saúde que reconhecidamente se encontram na esfera da actuação da maior parte das famílias:

- A manutenção de um ambiente físico e psicossocial, em casa, favorável à saúde;

- Assegurar alimentos, abrigo e vestuário adequado;

- Assegurar os recursos de manutenção da higiene de cada membro;

- Assegurar resposta às necessidades espirituais;

- Educação para a saúde;

- Promoção da saúde;

- Tomada de decisão em situações de saúde/doença;

- Reconhecimento das rupturas da saúde e do desenvolvimento;

- O recurso aos cuidados de saúde;

- O recurso aos cuidados em situação de doença;

- O recurso aos cuidados de saúde oral;

- Primeiros socorros;

- Supervisão de medicações prescritas, automedicação, stock de medicação;

- Cuidados de saúde a curto ou longo prazo;

- Cuidados de reabilitação;

- E envolvimento na saúde da comunidade.

É a família a primeira entidade que se responsabiliza pela saúde das gerações seguintes. As actividades que a sociedade espera que a família realize,

são de grande abrangência pois relacionam-se com actividades de promoção, protecção, manutenção e recuperação da saúde de todos os seus membros.

Vários estudos têm sido desenvolvidos sobre a família, em relação a estes aspectos, de cuidar da saúde. Hanson (2005) refere que são os pais que controlam quando, onde e como os filhos usam os cuidados de saúde; esta utilização assemelha-se ao padrão de utilização dos pais. Este autor refere o trabalho de Schore *et al* (1995) que concluíram que *"se entregues à sua própria iniciativa, as crianças tendem a procurar cuidados de saúde do mesmo modo que os seus pais o fazem"* (p. 133).

Também os cônjuges cuidam um do outro. Quando um elemento do casal está doente, o outro incentiva-o a procurar cuidados e eventualmente a parar de trabalhar, para poder recuperar. Assim os casais têm usualmente, uma preocupação mútua com a protecção da saúde. Mas Friedman (1998) relata que em muitos dos estudos publicados, é a mãe-esposa que assume o papel central de tomar as decisões de saúde, de educar, de aconselhar, de ser o prestador de cuidados, sendo o primeiro recurso de assistência da família.

Esta autora refere um estudo de Brody *et al* (1990) que revela que as mulheres casadas prestadoras de cuidados têm grande vantagem quando comparadas com mulheres prestadoras de cuidados que não têm marido. Pois usufruem da ajuda do cônjuge nas tarefas instrumentais, no suporte emocional e financeiro, enquanto as mulheres viúvas, divorciadas ou solteiras referem solidão, falta de suporte e apoio.

Hazzard *et al* (1994) refere que apesar de nem todos os estudos obterem resultados sobreponíveis a tendências é para reportar as esposas ou filhas como sendo a maior parte dos prestadores de cuidados. Refere ainda que há um grande número de prestadores que também trabalham fora de casa e o seu duplo papel é, frequentemente, fonte de conflitos.

Hazzard *et al* (1994) refere o estudo de Stone *et al* (1987) que encontraram que 35% dos prestadores de cuidados a idosos, em casa, são cônjuges, 29% filhas adultas, 8,5% são filhos adultos e 27% são amigos, parentes e outros. Refere ainda, que 80% dos prestadores de cuidados providenciam assistência sete dias por semana e 20% já o fazem há mais de cinco anos.

Ainda com base nesse estudo, Hazzard *et al* (1994) apresenta que 9% dos prestadores de cuidados deixaram o emprego para cuidar dos seus parentes idosos e as filhas têm duas vezes e meia mais possibilidade de deixar o emprego que os filhos. No entanto, refere Friedman (1998), de acordo com os resultados do estudo de Neal *et al* (1993), que *"enquanto que o pressuposto da ocupação de várias funções, tais como empregado e cuidador, conduz a efeitos negativos, tais como conflito e sobrecarga de papel, o impacto emocional, da combinação de vários papéis, tem sido encontrado, com maior frequência, como sendo positivo e não negativo, nos cuidadores com emprego"* (p. 311).

O prestador de cuidados varia de acordo com a posição ou o relacionamento com o receptor de cuidados, pois o prestador de cuidados pode ser a esposa, pais, filhos, irmãos ou amigos. Friedman (1998) refere estudos que identificaram ser as mães os prestadores de cuidados de crianças com doença crónica. Também são as esposas ou filhos adultos os prestadores de cuidados de familiares idosos. Quando o receptor de cuidados é um filho adulto usualmente são os pais que cuidam e quando já não conseguem, o papel é assumido por irmãos.

As questões que se colocam á família como cuidadora estão também ligadas à circunstância desse papel estar relacionado ou não com a situação de a doença ser aguda ou crónica. Quando na família um dos seus elementos sofre de doença crónica, usualmente um elemento assume o papel de prestador de cuidados primário. Nas situações transitórias, muitas vezes qualquer elemento da família assume o papel de prestador de cuidados. Este último aspecto é crucial quando o elemento doente é a mãe, pois a esposa-mãe tem relutância em assumir o papel de doente, só o fazendo em última instância.

O papel de prestador de cuidados, do pai-marido tem sido encontrado menos vezes, mas segundo o estudo de Richards (1996) referido por Friedman (1998), *"muitos maridos idosos assumem o papel de cuidadores das suas esposas se estas ficam doentes ou com uma deficiência"* (p. 310). Refere também, esta autora que apesar de as mulheres terem sido socializadas para serem prestadoras de cuidados, exibem mais efeitos adversos da assunção desse papel que os homens que são prestadores de cuidados.

Existem circunstâncias que facilitam o papel de prestador de cuidados na família, como sejam: a existência de capacidade financeira da família que

possibilita o recurso a apoio externo e essa possível ajuda contribui para melhor gerir as exigências do papel de cuidador na família.

Friedman (1998) refere ainda que apesar das grandes dificuldades que se colocam ao prestador de cuidados por vezes existem relatos de experiências positivas resultantes da assunção desse papel quando a pessoa cuidada retribui o cuidado, com expressões de afecto e apreciação.

1.7.3 – Família centro de cuidados

Anteriormente foram apresentadas algumas abordagens teóricas do estudo da família. Constata-se uma convergência no entendimento da família como um grupo social, tendo cada uma das famílias uma vivência única e uma dada história. Esta visão da família começou a ser incorporada e trabalhada em diferentes áreas do conhecimento nas últimas décadas do século XX.

Uma das áreas em que o conceito de família, como uma unidade, provocou e ainda provoca ajustamentos conceptuais e práticos é a área da saúde, como já foi previamente enunciado, ainda que relativo às políticas de saúde e organização dos serviços. Mas essas iniciativas de ordem prática estarão idealmente subordinadas a perspectivas teóricas que se apresentarão de seguida.

Tradicionalmente as preocupações com a saúde estavam baseadas numa lógica individual, não esquecendo os contextos de cada ser humano, e não numa lógica de interacção e realidades plurais que a família ilustra (Hanson, 2005; Stanhope, 1999; Whall e Fawcett, 1991).

Por outro lado, os profissionais de saúde têm sido formados para a concretização de actividades aos três níveis de prevenção e dirigidas ao indivíduo, à família e à comunidade. No entanto, por razões diversas, esta amplitude conceptual (foco de atenção e âmbito de intervenção) dificilmente tem sido colocada no exercício profissional.

Certo é, que muitos contextos de exercício profissional limitam a possibilidade de se desenvolverem actividades na abrangência referida. Todavia, a área dos Cuidados de Saúde Primários é o contexto de excelência onde podem e devem ser desenvolvidos cuidados de saúde aos três níveis de prevenção (Lei de Bases da Saúde).

Se, por circunstâncias várias, nem a comunidade, nem a família têm estado no centro da acção dos profissionais de saúde, também a promoção da saúde não tem sido muito trabalhada, contrariando a ênfase dada pelas Metas de Saúde para Todos no ano 2000 e posteriormente as metas da Saúde 21.

Algumas das circunstâncias que têm criado obstáculos a uma aposta dos serviços de saúde em actividades do primeiro nível de prevenção, são as relacionadas com a ênfase no tratamento, a limitação de recursos humanos e financeiros (relatório do grupo de trabalho em promoção de saúde dos países em desenvolvimento, 1990). Este tipo de factores restritivos também se repercute relativamente ao foco de intervenção em que a ênfase é dada ao indivíduo, sendo a família eventualmente considerada como contexto dos cuidados (Friedman, 1998; Hanson, 2005).

Encontra-se aqui o expoente das experiencias dos profissionais de saúde portugueses, a família trabalhada como contexto dos cuidados ao indivíduo. Veja-se o papel cada vez mais assumido, pelos médicos de medicina geral e familiar, quando na sua génese está a medicina de clínica geral, ou dos enfermeiros, pois começa a despontar a terminologia do enfermeiro de família como área de intervenção, mas ainda sem formação específica. O profissional de enfermagem tem sido um dos actores que tem desempenhado esse papel. Não se encontra descrito qualquer outro tipo de intervenção na família, por parte dos enfermeiros portugueses.

O aparecimento de enfermagem de família é relativamente recente. Friedman (1998) reflectindo sobre esta questão refere que até à década de oitenta do século passado, muita pouca atenção tinha sido dada à família, como objecto de estudo em enfermagem.

Em Portugal ainda é mais recente o despertar do interesse dos enfermeiros sobre a família como centro de cuidados. Esse despontar público, da enfermagem portuguesa para esta temática, foi impulsionado pela Ordem dos Enfermeiros através da organização da conferência " A Cada Família o seu Enfermeiro" que decorreu em Novembro de 2000. Esta iniciativa ocorreu, poucos meses depois da 2.ª Conferência da OMS para a Enfermagem e Enfermagem Obstétrica. Nesta reunião internacional, onde estavam os ministros dos países integrados na região europeia da OMS, foi lançada a possibilidade de se desenvolver a figura do enfermeiro de saúde da família. Desta conferência resultou uma declaração

assinada pelos ministros presentes, entre os quais a Ministra da Saúde de Portugal, a Declaração de Munique, em que os estados se comprometem a trabalhar em prol da concretização das aspirações presentes na declaração.

Por isso, a preocupação dos organismos decisores do estado, em relação ao enfermeiro de família pode ainda ser incipiente mas, a identificação da necessidade do contexto familiar ser trabalhado pelos serviços de saúde já foi assumida.

Também no código deontológico dos enfermeiros é feita alusão, no dever de sigilo e do respeito pela intimidade (entre outros), a alusão não só ao indivíduo, mas à sua família. Na publicação da Ordem dos Enfermeiros relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, vem expresso que cliente de cuidados pode ser o cliente-pessoa-individual ou o cliente-família ou o cliente-comunidade (OE, 2001).

Família como unidade de cuidados é algo inovador pois habitualmente esta era apenas considerada como contexto de cuidados do indivíduo ou de díades.

Na perspectiva de Friedemann (1989), pode existir algum conflito, entre os enfermeiros que escolhem diferentes perspectivas de trabalhar com a família. Mas como refere a mesma autora (1989, p. 216) *"uma enfermeira de família que pratique a um nível mais elevado também inclui* [pratica simultaneamente] *um nível mais baixo."*

Wright e Leahey (1990) desenvolveram esta questão e referem que a enfermagem de família pode ser conceptualizada de duas formas. Uma, é ser o indivíduo no contexto familiar o foco de atenção de enfermagem e outra, é ser a própria família o foco e o indivíduo o contexto. Referem ainda as autoras que está a emergir uma tendência para a família ser entendida como unidade de cuidados e nessa perspectiva estaremos perante a enfermeira do sistema familiar. Nesta última visão, o sistema familiar é o foco de atenção de enfermagem.

Friedemann (1989) relembra que o desenvolvimento do metaparadigma em enfermagem tem por base o consenso que a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem são componentes essenciais da disciplina de enfermagem. A transferência do foco de atenção de enfermagem do indivíduo para a família poderá levar, não havendo mudança de metaparadigma, a considerar que a família pode ser entendida como pessoa e como ambiente, em termos de cuidar.

Outra possibilidade colocada pela autora é a de que (p. 212) *"o metaparadigma de enfermagem seja expandido para incluir mais dois conceitos, família e enfermagem de família."*

Friedman (1998), procurando também clarificar o conceito de enfermagem de família, refere que a revisão da literatura em enfermagem revela quatro níveis de prática profissional dentro da enfermagem de família. Um primeiro nível em que a família é considerada contexto, sendo o indivíduo o cliente. Um segundo nível em que a família é vista como a soma das partes, pois os diferentes elementos da família são todos e cada um por si focos, de enfermagem. Um outro nível em que o foco de atenção são os subsistemas da família como por exemplo as díades casal, mãe-filho. Por fim, um nível quatro em que a família é a cliente.

Friedemann (1989) faz um paralelismo entre os níveis de competência de Benner (1984) e os níveis de desempenho da enfermagem de família. Refere a autora que as enfermeiras de família com nível de noviça, inicial avançada e competente dirigem os seus cuidados para o indivíduo integrado numa família. As alterações que ocorram no sistema familiar não têm origem em alguma intencionalidade da enfermeira. A haver alterações no sistema familiar, estas podem ser um subproduto da intervenção com cada indivíduo. A autora explica que considera que as enfermeiras, neste estádio do seu desenvolvimento profissional, não têm a habilidade para prever reacções complexas da família como resultado da sua intervenção.

Essa habilidade estará presente nas enfermeiras com um nível de competência mais desenvolvido como é o caso das enfermeiras proficientes e as peritas. Considera que as enfermeiras, com características que permitam identificá-las com estes níveis de competência, estão preparadas para explorar e perceber as relações entre os indivíduos na família e da família com o ambiente, podendo assim interacionar com a família no sentido de provocar alterações no sistema familiar.

Estas questões também estão presentes quando se concebe a formação em enfermagem de família. Já se referiu a iniciativa da OMS, região europeia no lançamento da figura do enfermeiro de saúde da família. Este organismo internacional desafiou os países membros a desenvolver formação em enfermagem que permita que os enfermeiros adquiram competências para trabalhar com as famílias.

Gilliss (1993) propôs, segundo Hanson (2005), diferentes níveis de formação/treino para o exercício de enfermagem de família. No nível mais básico (bacharelato), os estudantes de enfermagem devem ter formação para poderem trabalhar com as famílias como contexto ou como componente da sociedade. Já o nível de mestrado seria necessário para a prática da especialidade de enfermagem de família, em que a perspectiva de abordagem é a da família como cliente ou como sistema. Nesta perspectiva a formação ao nível do mestrado, centra-se na especialização clínica. A formação ao nível de doutoramento ou pós-doutoramento estaria associada à investigação em família.

Num mesmo sentido, se posicionam Wright e Leahey (1990) ao referirem que se observa uma tendência para as enfermeiras terem um grande empenhamento, em focar a família como unidade de cuidados. Escrevem as autoras (p.150): *"na nossa perspectiva isto constitui um sério erro epistemológico. A prática de enfermagem de família, comparada com a enfermagem do sistema familiar não é inferior, menos importante, é só diferente."*

Encontradas as diferentes perspectivas sobre a abordagem de enfermagem de família, interessa perceber quais os desenvolvimentos que foram surgindo para conhecer as famílias, no âmbito nomeadamente, de enfermagem.

Um dos possíveis apoios dos enfermeiros é o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary proposto por Wright e Leahey, em 1994. Este modelo está organizado em três grandes áreas de avaliação que são as da estrutura da família, de desenvolvimento e da função. A primeira área, a estrutural, desenvolve-se pela identificação da estrutura interna, externa e contexto. Dentro da área estrutural interna, as autoras integram o conhecimento da composição familiar, sexo, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites. A área estrutural externa engloba a família extensa e sistemas mais amplos. O âmbito da estrutura de contexto integra a etnia, raça, classe social, religião e espiritualidade e o ambiente.

A área de desenvolvimento desdobra-se na percepção dos estágios, tarefas e vínculos. A identificação dos dados dentro desta área de desenvolvimento pode seguir os estádios e tarefas do ciclo vital da família. Relativamente aos vínculos indica a necessidade de caracterizar a qualidade de relações entre os membros da família.

Finalmente a avaliação funcional da família será percebida através dos aspectos de funcionamento instrumental e expressivo. No primeiro interessa avaliar as actividades de vida diária. A perspectiva funcional expressiva reporta-se à identificação da comunicação emocional, comunicação verbal e não verbal, comunicação circular, resolução de problemas, papéis, influência e poder, crenças e alianças e coligações.

As autoras sugerem, para a avaliação familiar, a utilização de alguns instrumentos de registos que serão apresentados posteriormente. O modelo de Calgary tem tido grande aceitação na comunidade internacional de enfermagem. Está traduzido em várias línguas e há descrição do seu uso por parte de muitos enfermeiros.

Outra possível aproximação à família é apoiada pelo Sistema de Saúde Familiar. Este guia de processo de enfermagem foi implementado por Anderson no início dos anos noventa. Esta autora refere, em 2000, que o sistema de saúde familiar integra a forma de examinar a dinâmica familiar, o potencial familiar e as preocupações da família na saúde e na doença, ao longo da vida. Apoia-se nos cinco domínios da vida familiar que abrangem a saúde da família. Um primeiro domínio da interactividade que inclui conceitos das relações familiares, comunicação, cuidar, intimidade e suporte social. Um domínio do desenvolvimento que engloba conceitos relacionados com a transição familiar e a dinâmica das interacções familiares entre estádios de desenvolvimento familiar e as tarefas de desenvolvimento individuais.

Um outro domínio de processos de “coping” que inclui administração de recursos, solução de problemas e adaptação à crise e stress. Um quarto domínio, processo de integridade abrange a partilha do significado das experiências, a identidade, história e valores familiares e os rituais da família. Um último domínio relativo aos processos de saúde compreende as crenças sobre a saúde da família, o estado de saúde dos seus membros, as práticas e as respostas à saúde, os estilos de vida e os cuidados de saúde fornecidos na doença e no bem-estar.

Também Friedman (1998) concebeu um modelo de Avaliação da Família. Este modelo apresenta áreas de avaliação da família essenciais para o conhecimento de cada realidade familiar. Este modelo engloba seis categorias principais: os dados de identificação; estádio de desenvolvimento e história da

família; dados do ambiente; estrutura familiar; funções da família; stress e *coping* familiar.

A primeira categoria engloba a composição familiar, o tipo de forma familiar, as bases culturais, a identificação religiosa, o status da classe social, a recreação e ocupação dos tempos livres da família. O estádio de desenvolvimento e história da família integra o conhecimento do estádio actual de desenvolvimento da família, a extensão em que as tarefas de desenvolvimento da família são conseguidas, a história da família nuclear e da família de origem dos pais.

A categoria, dados do ambiente, reúne as características da casa, da vizinhança e da comunidade mais alargada, a mobilidade geográfica da família, a associação e transacção da família com a comunidade e o sistema de suporte social da família. A estrutura familiar congrega os padrões de comunicação, a estrutura de poder e do papel e os valores da família.

As funções da família, outra divisão do modelo de avaliação de Friedman, abrangem a função afectiva, a de socialização e a função de cuidar a saúde. Finalmente a categoria stress e coping familiar engloba os stressores e capacidades a curto e a longo prazo da família, a extensão da habilidade da família responder com base na avaliação objectiva das situações de stress, as estratégias de *coping* utilizadas e a utilização de estratégias de adaptação disfuncional.

Nos modelos de avaliação apresentados encontram-se áreas comuns, sobreponíveis. A maior diferença poderá estar na organização da informação. Refere Hanson (2005), em relação aos modelos de Calgary, de Friedman e outros modelos que estas abordagens podem ser usadas sozinhas ou combinadas de alguma forma. Relativamente a estes dois modelos, a mesma autora, declara serem usados para efectuar uma avaliação mais global das famílias.

Como foi referido, na utilização dos modelos de avaliação familiar socorre-se de instrumentos que auxiliam o registo de dados (Friedman, 1998; Hanson, 2005; Wright e Leahey, 1994). Um instrumento muito utilizado para registar a estrutura da família é o genograma. Deve-se a McGoldrick e Gerson (1985) a utilização do conceito de árvore genealógica para o desenho da árvore familiar onde se pode registar, informação sobre os membros da família e as suas

relações num intervalo de pelo menos três gerações. A apresentação em forma gráfica permite uma rápida visualização da constituição familiar, entre outro tipo de informações.

As relações familiares também podem ser registadas no genograma. Para isso utiliza-se linhas a unir os diferentes elementos. Seguindo as instruções de McGoldrick e Gerson, colocam-se três linhas entre os elementos que se consideram muito unidos, duas linhas para os que são unidos e uma linha para os que consideram que existe um relacionamento distante. As relações conflituantes também são representadas mas por uma linha quebrada.

Os autores referem que muitas vezes os genogramas com estas informações, podem ficar bastante complexos, pelo que sugerem que se possa realizar, separadamente, um diagrama. Também Friedman (1998) advoga a construção do diagrama de afectos. Na apresentação do modelo de avaliação de Wright e Leahey, as autoras também referem a relevância da construção de um diagrama de vínculos, para registar a natureza dos vínculos afectivos entre os elementos de uma família.

Para o registo da perspectiva de avaliação da família estrutural externa, do Modelo de Calgary ou os dados sobre o ambiente da família, do Modelo de Avaliação Familiar de Friedman, pode-se utilizar o ecomapa. Deve-se a Hartman (1978) o desenvolvimento deste instrumento. A sua construção passa pela identificação do núcleo familiar num círculo central e a inclusão de círculos periféricos identificativos das pessoas, organizações ou instituições, significantes para aquela família. No círculo interno podem estar identificados os elementos da família. A natureza das relações entre a família (ou de algum elemento) e os diferentes contactos são indicadas por linhas simples, duplas, ponteadas, de acordo com a intensidade dos contactos. Podem ser usadas setas para representar o fluxo de energia presente nas relações, bem como os recursos da família.

Apesar de nenhum dos modelos de avaliação familiar apresentados, referirem expressamente como se identifica a classe social, também se pode recorrer a instrumentos de avaliação. Um possível instrumento, largamente utilizado, é a escala de Graffar (Costa *et al*, 1997) que permite a determinação do nível socioeconómico. Esta escala engloba cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento, conforto do alojamento e zona residencial.

Cada critério tem cinco opções de posicionamento. A determinação é realizada em função da pessoa que na família tenha o maior rendimento ou profissão mais valorizada ou maior nível de instrução. O índice de Graffar é estabelecido pela soma das pontuações obtidas através do posicionamento da família em cada critério. Quanto maior for a pontuação mais elevada é a classe social ocupada pela família. Pode-se assim determinar que as famílias estão posicionadas num nível socioeconómico alto, médio alto, médio, médio baixo ou baixo.

A existência de linhas orientadoras para a avaliação da família é sempre uma fonte de segurança e o prenúncio de uma maior possibilidade de êxito para todo o profissional de saúde. A avaliação da família será o primeiro passo para um competente exercício profissional com as famílias.

Hartrick *et al* (1994) apresentam uma estrutura para a avaliação familiar que tem por base a pesquisa participativa e a abordagem dialógica presidindo uma filosofia de promoção da saúde. Esta estrutura engloba quatro componentes que são separados para serem explicáveis mas que funcionam em conjunto, servindo de base para a avaliação e intervenção familiar em simultâneo. Estas componentes são: ouvir a família, diálogo participativo, reconhecimento de padrões e enfrentar a acção e evolução positiva.

Posicionando-se numa perspectiva mais patogénica ou salutogénica, o enfermeiro identificará mais os problemas reais ou potenciais da família, ou terá um enfoque na perspectiva da identificação das capacidades familiares.

Robinson (1994) afirma que se podem identificar três abordagens ou orientações de intervenção, que denominou de tradicional, de transição e não tradicional. A orientação tradicional de intervenções está assente na objectividade articulada com o pensamento linear. Nesta perspectiva os enfermeiros baseiam as suas intervenções na crença de que há uma resposta correcta ao problema identificado e a sua acção pode levar à solução.

A orientação de transição para intervenções está baseada na objectividade articulada em paralelo com o pensamento linear e em parte na perspectiva sistémica. Assim, os enfermeiros também acreditam que detêm a resposta para o problema mas percebe-se nas intervenções, a influência dos relacionamentos e por isso a intervenção é dirigida de forma diferente.

Relativamente à terceira orientação das intervenções (a não tradicional), Robinson, integra aquelas que estão assentes na objectividade entre parênteses, conceito que refere ter sido desenvolvido por Maturana (1988), e pensamento sistémico. Esta orientação representa que as respostas correctas aos problemas dependem da situação e consequentemente os enfermeiros não podem pré-determinar as intervenções. As alterações que ocorram na família devem-se a uma multiplicidade de influências das quais uma será a intervenção de enfermagem.

Retomando a questão das intervenções de enfermagem junto da família, alguma resposta pode ser encontrada nos trabalhos de L. Wright. Refere a autora, tendo por base uma larga experiência de assistência a famílias, que ocorre, frequentemente em simultâneo, a colheita de dados e a intervenção. O seu Modelo de Intervenção Familiar de Calgary é quase único ao dar forma e direcção às intervenções nas famílias. O modelo pretende organizar os fundamentos conceptuais da intersecção entre cada domínio da função familiar e as intervenções proporcionadas pelos enfermeiros. Este modelo centra-se na promoção, aumento e/ou manutenção das funções familiares em três domínios que são o cognitivo, o afectivo e o comportamental.

Uma estratégia utilizada, na ajuda à concepção dos cuidados a prestar a uma família, é o processo de enfermagem familiar. A opção pela realização do processo cria uma grande dificuldade aos enfermeiros, pois sendo peritos no processo de enfermagem aplicado a um indivíduo, não se encontra o mesmo domínio no familiar. Esta dificuldade está presente tanto na prática, como nos escassos estudos publicados.

Uma das fases do processo de enfermagem é a identificação dos problemas, a fase diagnóstica. Convém referir que os enfermeiros com base nos problemas identificados planeiam acções que têm como objectivo contribuir para a resolução dos problemas ou atenuar a sua intensidade.

Existem várias classificações que ajudam no processo de nomeação dos problemas. Apresenta-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como uma das mais divulgadas e porventura utilizadas em termos nacionais e internacionais.

A mais recente versão da CIPE é a versão 1. Esta classificação resultou de uma iniciativa do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). O ICN é uma federação de associações nacionais de enfermagem de mais de cento e vinte e oito países. Este conselho foi fundado em 1899 e pretende juntar a enfermagem de todo o mundo, contribuir para o desenvolvimento dos enfermeiros e da enfermagem a nível mundial e influenciar as políticas de saúde (ver www.icn.ch).

A história da CIPE começa em 1989, e após duas versões, Alfa e Beta, foi apresentada em 2005 a actual classificação. Todo este processo incluiu o contributo de uma grande quantidade de enfermeiros, envolveu muitos estudos, experimentação, feedback e reformulações. Pretende ser uma terminologia partilhada, por todos os enfermeiros, *"...para expressar os elementos da prática de enfermagem (o que fazem o enfermeiros face às necessidades ou condições dos clientes, para produzir determinados resultados) ..."* (CIPE versão 1.0, p. 7).

A CIPE versão 1.0 está organizada num modelo de sete eixos. Um dos eixos, denominado Foco, corresponde ao conjunto de termos relacionados com a área de atenção relevante para a enfermagem. É neste eixo que se encontra a terminologia essencial para a construção da denominação dos diagnósticos de enfermagem. Existe por exemplo, os focos familiares, dentro da divisão processo familiar (processo com as características específicas: interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família. (CIPE versão 1.0, p. 77). Dentro desta divisão temos os focos de família disfuncional, crise familiar e planeamento familiar. Mas existem outros termos dentro deste eixo que também são focos relacionados com a família, como por exemplo, rendimento familiar que está integrado no status social.

Quando se consulta a classificação, quase de imediato se constata que a maioria dos termos se relaciona com focos de clientes individuais. Poucos se aplicam a clientes grupo (comunidade ou família) se bem que o cliente individual possa ser o membro da família. Isto, provavelmente espelha o conhecimento actual em enfermagem de família.

No entanto segundo a Ordem dos Enfermeiros "as intervenções de enfermagem, frequentemente são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos tendo em

vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde" (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 6).

Apesar de normalmente se associar a identificação de um diagnóstico, nomeadamente um diagnóstico de enfermagem, à identificação de uma situação problema, em termos teóricos, diagnóstico será o juízo clínico sobre a área de atenção relevante para a enfermagem (CIPE versão I.0). Ora esse juízo nem sempre corresponde à identificação de um défice, de uma dependência, pode passar pela identificação de uma potencialidade e mesmo assim justificar a intervenção de enfermagem.

Em enfermagem, é relativamente consensual que o âmbito do seu exercício é a resposta humana aos problemas de saúde, de vida, reais ou potenciais (American Nursing Association, Policy Statement, 1980). O enfermeiro, como elemento de uma equipa de saúde, também se sente mobilizado para dar resposta às necessidades de saúde identificadas.

A perspectiva de identificação de necessidades de saúde já é assumida há muito pelos serviços de saúde, nomeadamente associada ao planeamento em saúde. Assim, a sua identificação permitia delinear as respostas em cuidados de saúde. Esta questão foi muito trabalhada, em Portugal, por E. Imperatori e Mª R. Giraldes.

As necessidades em saúde podem ainda ser vistas pelo prisma do profissional de saúde ou pelo do cliente. Estas perspectivas diferentes ou não levaram à percepção que podem existir necessidades reais não sentidas (quando identificadas pelos profissionais de saúde) e sentidas (expressas ou não) pelo cliente (indivíduo, família ou comunidade). Pode haver coincidência nestas necessidades, mas muitas vezes isso não acontece, conduzindo a que não haja sintonia entre o que o profissional de saúde considera que deve ser feito e aquilo que o cliente pensa que deve ser realizado.

No contexto desta discussão, os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular, podem trabalhar para que as famílias possam atingir um potencial de saúde a que aspiram. Por isso, toda a relevância deve ser dada para fundamentar o conhecimento das famílias, como se pode verificar pelos inúmeros trabalhos que têm sido desenvolvidos, relacionados com esta temática, dos quais, alguns foram entretanto apresentados.

Em síntese, a família pode ser estudada por múltiplas perspectivas. Foram apresentadas as políticas actuais sobre a família, presentes na sociedade portuguesa e a nível internacional. Foi igualmente revista a expressão numérica e de dimensão das famílias portuguesas, neste início de milénio. Também se reflectiu sobre os diferentes significados do conceito de família e da evolução que este tem recentemente sofrido. Continuou-se pela abordagem das funções familiares com um maior pormenor no processo de socialização dos indivíduos e na função da família de cuidar a saúde.

Trabalhou-se ainda as questões dos serviços de cuidados de saúde e das actuais orientações internacionais, bem como as nacionais que enformam as actividades dos profissionais de saúde e a relevância do contributo da população para a consecução dos objectivos de saúde para todos. A finalizar o capítulo ainda foi explorada a perspectiva da actuação da família nas situações de doença dos seus membros e o desfio que se coloca aos profissionais de saúde, da área de enfermagem em particular, de considerar o sistema familiar como foco de cuidados. Pois, como foi referido, um dos objectivos dos cuidados de saúde é promover a saúde dos indivíduos, mas também das famílias.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Na primeira parte foram apresentados os aspectos centrais das áreas que para este estudo são pertinentes. Dissertou-se sobre a família nas vertentes das alterações demográficas, composição e estudo. Percebe-se que a família sofre a evolução que acompanha toda a sociedade. Se bem que a família tenha sido e continue a ser pensada como contexto imediato do indivíduo com necessidades em saúde, também se expôs que os profissionais de saúde estão a descobrir a família de forma mais atenta, equacionando entendê-la agora, como foco de cuidados. Esta perspectiva inovadora parece ser um maior desafio para os profissionais de saúde tradicionais, já que outras áreas do conhecimento prestam atenção à família como unidade de cuidados, há décadas.

Nessa breve síntese, de expressão de áreas temáticas relevantes, também se incluiu a enfermagem: a enfermagem enquanto conhecimento e exercício profissional; a enfermagem com um percurso centenário, mas ainda em evolução; a enfermagem diversa no seu exercício, em termos nacionais ou internacionais, mas continuando a ser parte fundamental nas organizações de saúde e especialmente relevante junto das pessoas que atende.

Um dos desafios lançados actualmente à enfermagem é a necessidade de se produzir mais fundamentação, linhas orientadoras para apoiar o exercício emergente de enfermagem de família. Esta é uma das razões que estiveram na base da realização deste trabalho.

É consensual que o elenco de cuidados de enfermagem à família é grande, principalmente quando há uma alteração do estado da saúde identificada em qualquer um dos seus membros. Também os enfermeiros têm uma aproximação à família quando acompanham o desenvolvimento das crianças e das grávidas. Outro tipo de oferta, de cuidados de enfermagem junto das famílias é a que ocorre quando se apoia a família no sentido desta desenvolver capacidades de auto cuidado do idoso e elementos dependentes.

Estas áreas de trabalho com as famílias encontram-se, com alguma frequência, documentadas. A perspectiva dominante é a intervenção na família como contexto, consequente a uma intervenção com um dos seus elementos, por este estar num nível inferior de saúde. Há ainda alguns trabalhos que versam as implicações dos problemas de saúde nos subsistemas familiares, nas díades presentes nas famílias, como mãe-filho, marido-mulher.

Há, no entanto, um grande leque de famílias em que a possível intervenção dos enfermeiros, não se encontra documentada. Parece verificar-se a não existência de indicadores de desempenho ou resultado, do trabalho dos enfermeiros com as famílias. Vários estudos apresentam intervenções que acompanham toda a evolução familiar, mas são originários de outras áreas (da psicologia, sociologia) e não da área de enfermagem. Será que a este leque numeroso de famílias não são oferecidos cuidados de saúde ou só não foram publicitados?

O avanço no sentido de trabalhar a extensão da oferta de cuidados de enfermagem, impõe que primeiro se identifique se há necessidade de cuidados. Será que a família precisa de uma oferta de cuidados diferente daquela que tem sido apresentada? No entanto, coloca-se a dúvida se as famílias procuram cuidados de enfermagem se não tiverem identificado, em qualquer um dos seus membros uma alteração, uma incapacidade, uma dependência inesperada. Nos restantes episódios da família, haverá necessidade da oferta de cuidados de enfermagem?

Em Portugal, todo o cidadão tem possibilidade de estar inscrito num centro de saúde. No entanto, nem todos estarão inscritos e também nem todos os que estão inscritos utilizam os serviços oferecidos por estas instituições. Por isso existem portugueses que não têm contacto com os profissionais de saúde que lá trabalham.

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2007, fornece alguns dados que permitem perceber a grandeza dos números da cobertura populacional dos centros de saúde. Apresenta o referido relatório, com base em informações do IGIF de 2005 que estão inscritos nos centros de saúde portugueses 10 666 254 pessoas e 6 376 437 utilizam efectivamente o serviço dessas instituições. Estes números permitem perceber que a taxa de utilização não chega a 60%, percentagem esta calculada em termos individuais e não sobre o número de famílias.

No entanto, apesar dos valores referidos não se reportarem a famílias, indiciam que haverá também bastantes famílias que habitualmente não recorrem aos centros de saúde. Esta é uma outra das razões que estiveram na base da realização deste trabalho.

Desta questão surge também o terceiro fundamento para a realização do trabalho. Maioritariamente, a resposta aos problemas de saúde enforma as prioridades dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Daí, existir um investimento preferencial nas situações problema, eventualmente, pela percepção de uma necessidade mais aguda, pela perspectiva de um resultado mais imediato.

Não questionando a bondade desta orientação, há um outro campo de possibilidades de intervenção ancoradas na perspectiva da promoção da saúde que não tem sido prioritária e como consequência será menos trabalhada ou pelo menos, partilhada. Abre-se, assim, uma área de exploração que tem sido repetidamente incentivada pela OMS, nas declarações, documentos que a organização difunde: a necessidade de se desenvolver evidência em promoção da saúde.

Estas três razões conjugadas dão corpo a uma outra. A motivação de saber se essas famílias "esquecidas" não estarão injustamente negligenciadas pelas organizações de saúde. Aceita-se que as famílias podem ser mais saudáveis e que os enfermeiros podem ajudar a que isso aconteça. Aceder à produção de evidência ou aceder à partilha desta convicção afigura-se interessante. Acresce uma afinidade crescente com a perspectiva da promoção da saúde, com o investimento na lógica da salutogénese. Apresentam-se assim, as justificações teóricas, de contexto e pessoais que estão na base do desenvolvimento desta área de pesquisa.

A pergunta que se configurou claramente como corolário de todas estas inquietações, dúvidas e desconhecimento era a de se perceber se as famílias teriam necessidade de ser conhecidas pelos serviços de saúde, se já não o fossem.

CAPÍTULO 2 – FINALIDADES

Ao pensar as famílias, ressalta quase de imediato, a magnitude do seu número e diversidade. Um número de famílias que se acreditava extenso, cujo potencial de saúde era desconhecido que podia não estar referenciada, nem aos profissionais dos centros de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, nem a outros profissionais. Famílias cujo desenvolvimento se processaria com auto-suficiência. É pois imperioso, quando se pretende aprofundar as questões das famílias, realidade plural ou una, criar limites ao campo de indagação.

Como foi referido, ultimamente tem-se levantado, com alguma frequência, a questão de que os jovens se mantêm dependentes dos pais, na casa da família, durante muito mais tempo, pelo que parece existir uma adolescência prolongada. Pode-se referir que em Portugal é relativamente consensual que se atinge a idade adulta aos dezoito anos. Nas palavras de Arnett (2000) chama-se transição legal. Assim se considera, para poder votar, tirar carta ou, sem necessitar de autorização paterna, constituir família. Mas Pais (1990) afirma que usualmente a fase da juventude é colocada como uma fase que ocorre após a adolescência e que precede a idade adulta. Logo, aos dezoito anos, um indivíduo poderá ser considerado, adolescente, jovem e adulto, em simultâneo.

Mais importante do que como denominar os indivíduos que se encontram nesta fase da vida, é perceber que desafios esta etapa lhes coloca e às suas famílias. A família não estará imune a todas estas incertezas e provavelmente tenta ultrapassar as dificuldades colocadas, de acordo com os recursos que detém. Por isso poderá ter um percurso de sucesso, mantendo-se saudável ou um percurso com várias contrariedades que podem potenciar um nível inferior de saúde.

Estudar a realidade das famílias no estádio cinco, do ciclo vital da família (família com filhos adultos), da proposta de divisão de Relvas (2000), atendendo a esta possível realidade, traria certamente subsídios para o entendimento das famílias.

Importa salientar que este trabalho foi pensado e desenvolvido com o intuito de se poder contribuir para que a enfermagem possa ter um acréscimo de subsídios que lhe permita ter uma resposta mais ampla ao grupo família. Esse contributo poderá ser mais oportuno para os enfermeiros de Portugal, pois as famílias estudadas são portuguesas.

Relembra-se que a questão de partida inicial para este estudo era se as famílias que eventualmente não têm contacto com os serviços de saúde teriam necessidade de ser conhecidas pelos profissionais de saúde. Colocou-se posteriormente uma limitação na abrangência das famílias a ser estudadas que adveio do interesse em que essas famílias integrassem filhos adultos.

Esta limitação, como referido, consubstanciou-se pela perspectiva de que tais famílias estariam numa fase do ciclo familiar que lhes acarreta desafios para elas desconhecidos ou dificilmente previsíveis (atente-se nas mudanças das realidades juvenis já aludidas). E que se encontra uma menor documentação, na área da saúde, em relação a esta fase do ciclo familiar.

Porém acresce a esta circunstância, uma outra suposição que também contribuiu para cimentar a escolha sobre este tipo de famílias. As taxas de mortalidade e morbilidade nos grupos etários em que previsivelmente se encontram a geração dos pais e dos filhos nas famílias, neste estádio do ciclo vital, são relativamente baixas comparando com as de outros grupos etários. Logo é esperado que estes elementos das famílias recorram menos aos serviços de saúde pois a probabilidade de terem episódios de doença será menor. Por isso, atendendo à prioridade mais comum do atendimento prestado nos centros de saúde ser em situações de utentes com problemas de saúde, os outros utentes ou famílias, facilmente podem ser desconhecidos.

A questão de partida para este estudo foi reformulada para acolher a limitação que se considerou pertinente. Passou a representar, o seguinte conteúdo: As famílias com jovens adultos, no estádio cinco do ciclo vital, têm necessidade de ser conhecidas pelos serviços de saúde, se já não o forem?

Esta restrição no âmbito do estudo que se repercutiu na reformulação da questão de partida, não foi acompanhada por uma consequente alteração na finalidade do estudo. Esteve sempre presente que este estudo tinha como finalidade contribuir para a prática de enfermagem e conhecimento da família.

Para a primeira, através de possíveis subsídios para o conhecimento que constitui a bagagem científica dos enfermeiros. Num momento em que se começa a concretizar o modelo de organização nos serviços de saúde, da figura do enfermeiro de família, a preparação destes profissionais, para assumirem os desafios de cuidar das famílias, torna-se essencial. Contribuir para identificar áreas de actuação e extensão da oferta de cuidados de enfermagem, para as enfermeiras que desejam trabalhar com famílias, integra-se neste propósito.

Este estudo também teve como finalidade contribuir para a saúde da família. Este contributo, não se concretizando de uma forma directa, pois o âmbito do estudo não é de intervenção familiar, podê-lo-á ser pelo aumento do conhecimento sobre a vivência das famílias, no estádio cinco do ciclo vital e indirectamente por este "tipo" de famílias passar a ser foco de interesse dos profissionais de saúde.

CAPÍTULO 3 – OBJECTIVOS

Apresentadas as razões que fundamentam este trabalho, a clarificação do seu âmbito, impõe-se a explicitação dos objectivos que o nortearam.

A questão que esteve na base deste estudo relaciona-se com a indagação sobre as famílias com jovens adultos e as suas necessidades em cuidados de saúde, mormente a serem satisfeitas por intervenções de enfermagem.

Desta questão central assomaram outras mais particulares:

- As famílias têm necessidades em saúde?

- As famílias têm contacto com os enfermeiros?

- O contacto quando existente, entre as famílias e os enfermeiros, foi da iniciativa da família? Ou de iniciativa dos enfermeiros ou de outros profissionais?

- As famílias foram contactadas pelos enfermeiros com objectivos de promoção da saúde ou de protecção específica, prevenção secundária ou terciária?

- As famílias foram contactadas através da prestação de cuidados a um elemento da família ou à família como um todo?

- Quando já existiu contacto, entre os enfermeiros e as famílias, estas querem-no manter?

- As famílias consideram relevante ser conhecidas pelos enfermeiros?

- As famílias desejam ser contactadas pelos enfermeiros?

- As famílias sentem necessidade de ser conhecidas pelos enfermeiros?

As interrogações que se expuseram surgiram naturalmente quando se delineava a arquitectura do trabalho e serviram para clarificar o percurso da pesquisa. Também ocorreu em paralelo o enunciar dos objectivos do estudo.

Assim um primeiro objectivo que orientou toda a pesquisa realizada reporta-se a conhecer as famílias com jovens adultos no estádio cinco do ciclo vital da família, segundo a classificação proposta por Relvas (2000).

Um outro objectivo que foi definido pautou-se por saber se as famílias com jovens adultos têm necessidades em cuidados de saúde. Importa reflectir sobre o significado de necessidade. O significado mais usual para necessidades em saúde reflecte uma falta ou privação relacionada com a saúde mas também pode ser entendida como precisão, requisito de cuidados de saúde. Numa outra perspectiva as necessidades de saúde das famílias podem ser consideradas reais pois serão as identificadas pelo pesquisador que podem ou não coincidir com as necessidades sentidas pelas famílias. Assim, para este estudo considerou-se necessidade, com a abrangência de significado exposto.

De imediato juntou-se um outro objectivo, este já não relacionado com a perspectiva das necessidades que a família possa apresentar ou sentir, mas com a possibilidade das famílias considerarem importante serem conhecidas pelos enfermeiros ou pelos serviços de saúde. Sendo manifesto por: perceber se as famílias com jovens adultos desejam ser conhecidas pelos serviços de saúde.

Em consonância com estes objectivos e articulando o desenho do estudo com as perguntas anteriores, traçou-se os seguintes objectivos específicos:

- Identificar as necessidades de saúde das famílias – é possível que as famílias tenham necessidades que não sendo satisfeitas podem interferir no nível de saúde familiar;

- Identificar nas famílias com jovens adultos a existência de contacto com os enfermeiros – a probabilidade de já ter existido contacto das famílias com os enfermeiros é elevada nomeadamente aquando de actividades de vacinação, atendendo à alta taxa de vacinação da população portuguesa;

- Descobrir nas famílias que reportarem contacto com os enfermeiros se a iniciativa desse contacto foi da família ou dos enfermeiros;

- Descobrir nas famílias que reportarem contacto com os enfermeiros se este resultou em interacções no âmbito da promoção da saúde ou de protecção específica, prevenção secundária ou terciária;

- Perceber se as famílias foram contactadas através da prestação de cuidados a um elemento da família ou à família como um todo;

- Desvendar se as famílias contactadas anteriormente pelos enfermeiros querem manter o contacto – no sentido de determinar se foi um acto isolado, se foi positivo ou uma relação continuada;

- Apreender se as famílias consideram relevante que os enfermeiros as conheçam – na perspectiva da visibilidade do papel dos enfermeiros;

- Descobrir se as famílias sentem necessidade de ser conhecidas pelos enfermeiros – este objectivo mais relacionado com a visão das famílias sobre qual o profissional de saúde melhor colocado para dar resposta a necessidades em cuidados de saúde que eventualmente sintam;

- Perceber se as famílias desejam ser contactadas pelos enfermeiros – com o propósito de explorar uma possível disposição da família a constituir uma parceria de cuidados com um profissional da saúde.

Este conjunto de objectivos foi definido, delimitado, na fase de planeamento do estudo.

CAPÍTULO 4- MATERIAL E MÉTODOS

Expuseram-se, anteriormente, os fundamentos para a existência deste estudo, qual a finalidade que se perseguia e os objectivos que foram delineados. Importa, neste capítulo, apresentar as questões metodológicas que presidiram a este trabalho e o fundamento das opções tomadas.

A excelência do conhecimento científico em saúde tem estado mais ligado ao paradigma positivista, com metodologias quantitativas, para criar leis gerais, com ênfase no explicar, no predizer.

No entanto, a investigação com metodologias quantitativas, parece não conseguir dar resposta a todas as situações de necessidade de pesquisa, especialmente quando se tenta estudar fenómenos particulares. Palmer em 1989, ao referir-se à avaliação da assistência ambulatória, diz que se colocam algumas dificuldades em monitorizar alguns componentes dessa avaliação, nomeadamente as que se reportam à satisfação e à aceitabilidade dos serviços de saúde por parte dos utentes. Essa dificuldade advém, segundo a autora, da pouca preparação dos profissionais de saúde, em métodos de investigação em ciências sociais. Remete assim, para a necessidade de, no estudo da problemática dos serviços de saúde, ter de se recorrer, algumas vezes, aos métodos de investigação não convencionais.

Swanson e Chenitz (1982), num artigo onde fazem a apologia da utilização de métodos qualitativos na pesquisa de enfermagem, dizem que as enfermeiras na generalidade da investigação existente, em vez de examinarem a realidade do mundo à sua volta, tentam verificar quantitativamente uma noção preconcebida da realidade.

A decisão sobre a via metodológica tem como consequência conseguir obter, sobre uma mesma população, leituras diversas. Se a investigação quantitativa permite quantificar o fenómeno, numa profundidade maior ou menor de acordo com a finalidade do estudo e frequentemente generalizar, a qualitativa

possibilita identificar particularidades do fenómeno que podem ser, a priori, desconhecidas.

Já em 1992, Lincoln, após referir que segundo a visão fenomenológica, as realidades são entidades construídas, afirma que as metodologias qualitativas, integradas nesse paradigma construtivista, naturalista, têm uma conexão com a investigação em saúde. Refere, ainda, a emergência dessa conexão, pelas perguntas mais actuais que se põem à investigação em saúde, nomeadamente os estilos de vida, a promoção de saúde e a própria noção de saúde.

Como foi referido anteriormente, há uma afinidade conceptual com a crença na capacidade do ser humano, na experiência única da vida de cada um, no primado da leitura própria subjectiva, sobre a perspectiva externa, porventura pouco sobreponível.

Encontra-se proximidade desta postura com a corrente pós-moderna no sentido da ênfase ser colocada na hermenêutica individual, portanto, na qualidade narrativa do ser humano e da sua existência, ao contrário de o ser na sua realidade objectiva. Abraça-se por isso a perspectiva de uma vertente mais existencialista. O conhecimento estará associado ao facto de o mundo não estar separado do corpo, da linguagem e da história social e cultural, de cada pessoa.

Gergen (1994) clarifica que o conhecimento provém sempre de uma visão ou superstrutura teórica prévia que os indivíduos utilizam. Por isso, dá-se mais ênfase à teoria do que ao facto, mais ênfase à interpretação do que à realidade. Será o discurso das pessoas que permite a sua compreensão e a compreensão do mundo, pois acredita-se que não se pode falar de factos "puros".

Na visão mais tradicionalista, do positivismo, o conhecimento corresponde a uma representação do mundo. Este conhecimento emerge de uma perspectiva dualista que opõe o sujeito que investiga, ao objecto que é investigado, criando um distanciamento desejável e fundamentando o princípio da neutralidade do observador.

Questionando-se que a realidade é uma entidade estática que tem uma existência independente e que pode ser descoberta e descrita utilizando as metodologias certas, convergindo para que o conhecimento seja a representação do mundo, aparecem os movimentos pós-positivistas, como o construtivismo.

Maia (1998, p. 243) explica que *"a evolução das "ciências da natureza e exactas" conduziu assim ao desenvolvimento de duas ideias chave: a impossibilidade de construir um conhecimento objectivo, quer de um mundo exterior, quer de um mundo interior; e a constatação de que qualquer descrição que se faça é necessariamente auto-referencial."* Esta perspectiva passou a ter um papel cada vez mais dominante na produção do conhecimento, sendo uma alternativa aos princípios objectivistas e empiristas.

O movimento construtivista postula que o conhecimento é construído, tendo por base o princípio de que a experiência humana e o conhecimento implicam um envolvimento activo do indivíduo.

Dentro do paradigma construtivista pode-se encontrar duas correntes: uma mais ligada à atenção sobre os processos individuais de construção de significado, à tradição individualista e outra, assente na tradição das ciências sociais, defendendo que o conhecimento emerge na interacção social, no seu contexto, mediado pela linguagem.

Por isso está-se perante um outra ontologia, já não presa à perspectiva que a realidade é externa ao observador mas sim associada à fenomenologia, à complexidade da realidade. Também se percebe uma alteração epistemológica, pois deixa de ter sentido um postura de distanciamento do investigador, sendo uma parte activa na construção do conhecimento.

Estas mudanças que foram fruto da evolução, possível de identificar nas posturas associadas à produção de conhecimento, repercutem-se também, nas metodologias utilizadas. A ênfase deixou de ser colocada na experimentação, passando a incluir a perspectiva hermenêutica, com maior recurso à análise qualitativa, ainda que não pondo de lado as análises quantitativas.

Nesse sentido se desenvolveram as opções metodológicas deste trabalho, num posicionamento fenomenológico, para aceder ao significado que é atribuído à experiência da vida familiar. Face ao exposto e no sentido de concretizar os objectivos anteriormente mencionados a decisão foi por um estudo exploratório - descritivo, de natureza fenomenológica, utilizando a abordagem qualitativa.

4.1- POPULAÇÃO E AMOSTRA

Antes de se iniciar a explicitação das decisões sobre a determinação da população alvo do estudo, relembra-se que a questão de partida foi perceber se as famílias com jovens adultos têm necessidade de ser conhecidas pelos serviços de saúde. As famílias foco do estudo são famílias do estádio cinco do ciclo vital. Assim, no âmbito deste estudo foram consideradas as famílias em que pelo menos um descendente já passou o período dos estudos secundários.

Assumiu-se que pode haver famílias que não tenham tido contacto com os serviços de saúde bem como famílias com jovens adultos com necessidades em saúde que não são identificadas. Em consonância com o exposto não se mostrou vantajoso o acesso a essas famílias através dos registos existentes nos centros de saúde.

O acesso ao conhecimento da experiência familiar de cada família, com os serviços de saúde, foi feito através do elemento jovem da família, pelo que representa a sua perspectiva. Esta opção articulava-se com a configuração familiar que se considerara para o estudo.

É uma opção eventualmente questionável quando se pretende apreender a experiência familiar. Åstedt-Kurki *et al* (2001) apresentam as limitações que a utilização de um membro da família como informador acarreta, acrescentando que se a família é vista como um sistema, a utilização de um informador normalmente não é suficiente para descrever toda a família, porém habitando algumas famílias fora do Porto, tornava-se difícil a abordagem de todos os seus membros.

Existem poucas referências na literatura, designadamente na área de enfermagem, sobre a abordagem a todos os elementos da família em conjunto, com objectivo de avaliação e até, de intervenção em saúde.

Neste sentido, se exprimiram as autoras, atrás referidas, ao afirmarem que a pesquisa tradicional da família baseava-se nas informações dadas por um dos seus membros, muitas vezes a mãe. Ora, a possibilidade de aceder à descrição da vivência familiar através do elemento jovem adulto, cuja existência é a razão pela

qual a família pode ser considerada como estando no estádio cinco do ciclo vital, afigurou-se irresistível.

Serve o exposto para explicitar a lógica da determinação da população de famílias e a decisão do acesso aos dados de cada família. Relativamente à decisão sobre que jovens contactar para integrarem o estudo, privilegiou-se a facilidade de aproximação. A escolha caiu sobre os estudantes que iam iniciar o curso de licenciatura em enfermagem, numa escola pública do Ensino Superior Politécnico.

A decisão de se escolher famílias com jovens a iniciar o curso e não as famílias de outro grupo de estudantes, já a frequentar essa licenciatura, teve como principal razão, o acautelar de possível contaminação do discurso sobre a vida familiar que as matérias abordadas no referido curso, pudessem provocar. Nesta situação, uma eventual mudança poderia ser apresentada como real e não corresponder a um padrão de vivência familiar.

Em relação ao número de estudantes passíveis de ser inquiridos era um dado que previamente não se podia avançar, pois dependia do número de inscrições no curso e da aceitação de cada um em participar no estudo. No entanto como não se perseguia critérios de representatividade probabilística da população mas sim a intenção de aceder ao relato da vivência das famílias, o número não se afigurava como muito relevante. Caso o número de aderentes ao estudo se revelasse insuficiente para se atingir os objectivos definidos previa-se alargar a pesquisa a um outro grupo de estudantes que ingressassem no curso no ano posterior.

Em síntese, os critérios de inclusão das famílias no estudo reportaram-se a um conjunto de setenta famílias, cujo acesso à sua vivência se desenhou através de um informante que é um jovem elemento da família que já completou o ensino secundário; jovem esse a que se acedeu, por estar inscrito no primeiro ano do curso de licenciatura em enfermagem, ministrado numa escola pública: famílias dos estudantes, que podiam ter ou não contacto com o centro de saúde; famílias também que podiam ter qualquer configuração desde que se encontrassem no estádio cinco do ciclo vital familiar descrito por Relvas; famílias com filhos adultos.

4.2- INTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Um investigador que trilhe um percurso de pesquisa qualitativa tem à sua disposição, um grande elenco de técnicas e instrumentos de recolha de dados. Reflectindo sobre o objectivo do estudo, optou-se pela entrevista. A opção pela entrevista deveu-se a duas ordens de factores:

Em primeiro lugar a sua pertinência metodológica, pois sendo uma técnica de pesquisa assente na relação humana, cria uma certa homogeneidade, do instrumento de pesquisa com o objecto de estudo. Esta opção, se bem que ajustada à perspectiva em estudo, pode ter algumas fragilidades. Refere Costa, "*na recolha de informação pela via da entrevista ou questionário, tem de se ter sempre em conta que, mesmo nas questões ditas mais objectivas, tudo o que se obtém é uma declaração do sujeito sobre a observação que ele faz do seu próprio pensamento, comportamento ou situação*" (1989, p. 142).

Esta característica, apresentada por este autor, podendo ser entendida como uma fraqueza que advém do uso desta técnica, foi no presente estudo algo favorecedor, pois com a sua utilização pretendia-se aceder ao relato do informante sobre a observação que ele faz do pensamento, comportamento, da vida da sua família.

Um outro aspecto que fundamentou a opção pela utilização da entrevista, foi o facto de esta estar mais próxima da prática clínica de enfermagem. Aceitando-se que os cuidados de enfermagem se realizam no âmbito da relação que se estabelece com as pessoas que o enfermeiro assiste, a entrevista tem um carácter coerente com esta prática. Fala-se, assim, de uma técnica que permite o encontro de duas pessoas.

Para a condução das entrevistas, um guião foi construído através da adaptação do Modelo de Avaliação Familiar de Friedman (1998), versão curta, (anexo 1). A opção por este modelo de apreciação teve como fundamento ser um dos que permitem clarificar de uma forma completa as realidades familiares. Este modelo de avaliação é usado com relativa frequência por enfermeiras que estudam ou trabalham com famílias (Hanson, 2005; Hartrick *et al*, 1994).

Previa-se que o recurso a este guião não implicasse que de acordo com cada situação de colheita de dados, ele fosse taxativamente aplicado. Perspectivava-se pelo contrário o privilegiar do desenvolvimento natural da entrevista e o guião servia essencialmente como apoio na condução da entrevista. Previa-se, também, que se poderiam explorar certas pistas que se identificassem durante a entrevista, mesmo não estando consignadas no guião.

Para o registo de dados da entrevista recorreu-se, sempre que possível, à utilização de um gravador, para posterior transcrição. Na impossibilidade da entrevista ser gravada, o registo da mesma foi feito pelo recurso a anotações. Neste caso, tornou-se claro que se perdeu alguma informação, pois apresentou-se difícil registar simultaneamente o conteúdo da entrevista, o tom de voz, pausas ou silêncios, interrogações, ao mesmo tempo que se conduzia a entrevista.

Para completar os dados produzidos, na entrevista, a utilização de notas ou de um diário de campo, foi um recurso que permitiu registar aspectos relacionados com o ambiente criado durante a entrevista e a postura do informante, revelando-se um subsídio importante à interpretação dos dados

Também a utilização das notas de campo possibilitou a anotação dos dados de caracterização das famílias, em quadros de dupla entrada e o desenho do diagrama de proximidade, que ocorreu durante a entrevista.

4.3 – TRATAMENTO DE DADOS

Depois de decidida a técnica de colheita de dados cuja opção recaiu sobre a entrevista semi-estruturada importa clarificar a decisão sobre o tratamento dos dados que se produzam. Assim para a análise de dados recorreu-se, à análise de conteúdo.

Vala (1989) afirma que a análise de conteúdo, nas diferentes ciências humanas e sociais, é uma das técnicas mais comuns na investigação empírica. Sobre análise de conteúdo, pode-se ter uma visão diferente de acordo com as posições de diferentes autores que se pronunciaram sobre esta técnica. Também se encontram diferentes definições de análise de conteúdo. Destaca-se a de Berelson (1952), citada por Vala (1989, p. 103), em que a análise de conteúdo é

uma técnica que permite *"a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação."* Refere ainda este autor (p.103) a definição de Krippendorf (1980), para quem a análise de conteúdo é "*uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto.*"

Seguiu-se, assim, a proposta de Berelson para o conteúdo manifesto, para servir objectivos descritivos dos dados, não levando em consideração a descrição quantitativa do conteúdo. Por outro lado, o apoio em Krippendorf para a inferência sobre os dados, em congruência com o âmbito deste estudo. Seguiu-se também a convicção de Bardin, referido por Vala (1989, p. 103-104) que afirmou: "*é a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, enquanto atribuição de sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas.*"

Há assim, durante a análise, momentos de descrição e de interpretação. Todavia, a explicitação e anotação de todos os procedimentos utilizados na análise de conteúdo, será uma preocupação constante, que acompanhará essa análise com o intuito de a disciplinar.

As categorias estão delineadas no início do trabalho de campo. Essa organização é dada pelo modelo que está na base do guião das entrevistas (1.º sistema de categorias construído, anexo 2). No entanto, tal não invalida que durante a análise das entrevistas, tenham sido definidas e ou reformuladas outras categorias. Esta construção de um sistema de categorias encontra-se sustentada segundo Vala (1989, p. 111): " *a construção de um sistema de categorias pode ser feita a priori ou a posteriori, ou ainda através da combinação destes dois processos.*"

Leva-se também em consideração, uma regra importante da codificação, na análise qualitativa, como é realçado por Taylor e Bogdam (1992). Segundo estes autores (p. 168), esta regra consiste em "*fazer com que os códigos se ajustem aos dados e não ao contrário.*"

Todo este procedimento de análise decorre num processo de conceptualização, retorno aos dados, num percurso recursivo, para de forma indutiva criar um nível mais abstracto de entendimento, mas alicerçado nos dados.

Para a determinação do nível socioeconómico das famílias inquiridas optou-se pela utilização da escala de Graffar, com os seus cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento, conforto do alojamento e zona residencial.

Por outro lado previa-se, analisando os dados aceder-se à percepção dos problemas que as famílias pudessem ter, que justificasse a necessidade de intervenção de enfermagem. Para esta fase da análise dos dados equacionou-se o recurso à triangulação do investigador (Mitchell, 1986; Morse, 1991; Sim e Sharp, 1998; Thurmond, 2001), por juízes externos ao processo de pesquisa.

4.4 – PROCEDIMENTO ÉTICO

A realização de um trabalho de pesquisa acarreta sempre o equacionar de aspectos éticos. Estas questões éticas podem abranger duas áreas: as que resultam do processo de colheita de dados e as resultantes da divulgação do estudo. A primeira passa pela identificação dos possíveis efeitos indesejados que podem ocorrer durante e em consequência da colheita de dados.

Não se explora, nesta discussão, os aspectos éticos que devem ser considerados quando a pesquisa se processa com entidades não animadas. Mas também nessas se levantam, com certeza, aspectos éticos. Nas perspectivas éticas que são consideradas quando se realiza pesquisa com seres vivos, nomeadamente com pessoas, a questão prévia que se coloca é o consentimento que toda a pessoa que participa no trabalho deve informadamente dar.

A problemática do consentimento informado coloca-se com muita premência no exercício profissional de todos os que trabalham na área da saúde. É pois uma prática comum e obrigatória que todo o profissional de saúde proceda a uma explanação prévia de todos os aspectos que se relacionam com algo que vai realizar com a pessoa que assiste, a fim que esta decida, tendo na sua posse a informação necessária, se aceita ou não. Todo o profissional tem, assim, de obter o consentimento informado pois não tem o direito, nem lho é reconhecido, de interferir na liberdade, na autonomia da pessoa com quem se está a relacionar profissionalmente.

Neste trabalho, todos os possíveis participantes foram informados dos objectivos do estudo, do tipo de contribuição esperado e de que forma se concretizava a colheita de dados. Após um período para resposta a eventuais dúvidas é marcada um data e hora para que a entrevista ocorra. A não comparência, no momento marcado é identificada como uma não adesão à participação no estudo.

Mas para se chegar a este momento alguns passos tiveram que ser dados também eles enformados por perspectivas éticas. O caminho passou pela autorização da escola onde os estudantes estavam inscritos, pelo que um pedido formal foi necessário, para a realização do estudo.

É referida uma primeira questão ética que se colocou durante e como resultado da entrevista. Desdobrando esta afirmação em duas partes, importa referir que com base na interacção que se processa na entrevista é inquestionável que existe repercussão imediata no entrevistado e no entrevistador, porém esta foi minimizada devido à experiência do pesquisador.

Um possível problema que a realização de entrevistas também pode apresentar, relaciona-se com as consequências para o entrevistado por ter passado por essa experiência. Esta repercussão não pareceu de facto gerar grande questionamento pois os jovens não estiveram constrangidos em falar sobre a sua experiência familiar.

A outra área que se elencou, como questão ética a considerar neste estudo, relaciona-se com as consequências da divulgação do estudo, porém considera-se que a garantia de anonimato de que gozaram os participantes, obstou a esse possível problema.

Uma última questão que importa levantar, está relacionada com a ética do procedimento de análise dos dados. É imperativo que o processo de análise seja envolto por critérios de validade ou autenticidade, coerência, clareza entre outros. Ao investigador cumpriu seguir esse processo de rigor, assegurando assim a perspectiva ética do seu trabalho.

Finaliza-se, com o pormenor que se concebe como sensato, a apresentação das opções metodológicas que foram tomadas para este trabalho. Numa primeira parte fundamenta-se a pertinência da via qualitativa para o desenvolvimento do estudo. Apresenta-se a seguir, as decisões respeitantes à população e à

determinação dos informantes. Na fase seguinte dissertou-se sobre os instrumentos de colheita de dados e apresentou-se o que fundamentou a decisão tomada. Levantaram-se as questões sobre como analisar a informação colhida depois de se referir as opções sobre o enquadramento do guião da entrevista. A concluir o planeamento efectuado a apresentação das questões éticas e formais que se colocam ao realizar o trabalho.

4.5- PROCEDIMENTO

O trabalho de campo desenvolveu-se dentro dos parâmetros planeados. Iniciou-se com as entrevistas à população previamente identificada, passou-se para a transcrição dos dados e consequente processo de análise. É agora apresentada a sequência das fases ultrapassadas, em suma, o procedimento seguido.

Depois de obtida a autorização na escola (anexo 3), onde os estudantes a inquirir se encontravam matriculados, para a realização da colheita de dados bem como a autorização da utilização das instalações, para a realização das entrevistas, procedeu-se ao contacto com os estudantes.

Este contacto decorreu em simultâneo, com todos os estudantes inscritos no primeiro ano do curso. Fez-se a apresentação do estudo, dos seus objectivos, realçando a necessidade de se identificar as relações de cada família representada com as instituições de saúde. Foi solicitada a participação de todos e assegurada a manutenção do anonimato dos dados, bem como declarada a liberdade de cada um aceitar, contribuir (ou não) para o estudo. Não foi solicitada uma decisão de imediato, sendo pelo contrário pedido que cada estudante reflectisse sobre a disposição de colaborar ou rejeitar essa colaboração.

Foram nessa mesma altura, marcadas as datas em que os estudantes podiam aparecer junto do pesquisador e avançado um local da escola onde as entrevistas teriam lugar. Foi finalmente referido que cada um devia sentir liberdade para aparecer, ou não, no período ali decidido e que a não comparência, sem justificação, seria interpretada como não aceitação em participar no estudo. Caso fosse essa a decisão de cada estudante não era necessário verbalizar essa recusa, era suficiente não aparecer na data indicada.

Foram realizadas cinquenta e seis entrevistas. Vinte pessoas não compareceram (o que se interpretou como uma não adesão a participar no trabalho) portanto não foram objecto de qualquer contacto posterior. Uma família não se enquadrava nos critérios previamente estabelecidos (encontrar-se no estádio cinco do ciclo vital) pelo que, apesar de ter ocorrido a entrevista, não foi considerada para este estudo. A população em estudo passou a ser constituída por cinquenta e cinco famílias.

As entrevistas foram realizadas nas instalações da escola o que evitou que ocorresse qualquer tipo de deslocação, por parte dos entrevistados que se encontravam em actividades académicas.

Como se previa algumas entrevistas foram mais estruturadas do que outras, o que esteve relacionado com as características dos entrevistados.

Todas as entrevistas foram gravadas, pois todos os entrevistados autorizaram a que isso acontecesse. Foram assim obtidas cerca de 20 horas de registo áudio, ocupando a sua transcrição seiscentas e vinte páginas. A todos os entrevistados foi explicado que tinham acesso às transcrições, se o desejassem.

No fim de cada entrevista foi elaborado um registo com as impressões colhidas pelo entrevistador relativas a aspectos como clareza do discurso, espontaneidade, nervosismo, serenidade ou seja impressões sobre o entrevistado e ambiente da entrevista.

Os domínios que foram inquiridos são os correspondentes às grandes questões do modelo de avaliação já referido e que a seguir se apresentam:

- Dados de identificação;

- Estádio de desenvolvimento e história familiar;

- Dados do ambiente;

- Estrutura da família;

- Funções da família;

- *Stress e coping* familiar.

Em quase todas as entrevistas, com excepção de duas, foi desenhado um diagrama de proximidade das relações na família. Esse diagrama foi construído

em conjunto com o entrevistado e redesenhado as vezes necessárias até o mesmo considerar que de facto representava as relações de proximidade na família. As excepções referidas deveram-se à circunstância das famílias só terem dois membros.

A análise das entrevistas iniciou-se como previsto, mas com o decorrer da mesma foi-se tornando clara a possibilidade de rever o sistema de categorias. De facto, a identificação de unidades de análise e a sua junção permitiam uma leitura diferente da prevista. A construção resultante, ainda que próxima da inicial, ficava mais congruente com os dados.

Optou-se pela construção de duas dimensões. Uma, com características de "visão transversal da família", relativa aos dados de identificação da família, composição, localização geográfica, ocupação/escolaridade de cada um dos seus membros, nível socioeconómico e utilização dos centros de saúde. Para a determinação do nível socioeconómico utilizou-se a escala de Graffar como estava previsto. Os dados que integraram esta dimensão foram quantificados, permitindo assim obter uma perspectiva geral e de pormenor da grandeza das famílias estudadas.

Uma segunda dimensão foi também constituída, "visão longitudinal da família" como característica do contínuo da vida familiar, integrando dois domínios:

- Interacção familiar externa;

- Interacção familiar interna.

Na "Interacção familiar externa" foram consideradas, as seguintes categorias: cultura, práticas religiosas, nível sócio económico, mobilidade geográfica, interligação família/comunidade, recreação, habitação, vizinhança, contacto com os serviços de saúde, receber profissionais de saúde no domicílio e suporte social.

A "Interacção familiar interna" inclui as categorias: história familiar, comunicação, poder, valores da família, função afectiva, função de socialização, função de cuidar a saúde e estratégias de resolução de problemas. Também se quantificaram os dados relativos à segunda dimensão, apesar de se considerar

pouco relevante tal contagem, ao não acrescentar nenhuma mais-valia à análise realizada.

Os dados das famílias que são apresentados, organizados pelas categorias, permitiram ainda fundamentar a identificação de problemas das famílias. Foram então construídas categorias constituídas pelos focos de enfermagem, áreas de atenção relevantes para a enfermagem, segundo a CIPE versão 1.0. Criou-se assim uma outra dimensão dos "focos de enfermagem".

Nesse processo de análise foi solicitado o contributo de juízes externos para se proceder à triangulação de investigadores, como estava previsto. Foi pedido a esses colaboradores (enfermeiros, professores responsáveis por a formação pré e pós-graduada de enfermagem) que realizassem a análise dos dados relativos a uma das famílias estudadas, seleccionada aleatoriamente, com o objectivo de identificarem problemas eventualmente existentes na família.

Durante o processo de análise decidiu-se avançar para uma triangulação teórica. O objectivo inicial do estudo relacionava-se com a identificação das necessidades em saúde pela percepção dos problemas que as famílias pudessem ter. No decorrer deste processo de análise verificou-se pela leitura do material que se encontrou "pontos fortes" na vivência das famílias estudadas. Foi então introduzida outra perspectiva teórica, dando contributos à construção de um outro sistema de categorias.

Este conjunto de categorias dá corpo a uma última dimensão que surgiu da análise dos dados, a dimensão "pontos fortes da família". Para a construção dessa dimensão recorreu-se aos trabalhos de Lewis (1979), Beavers e Hampson (2003) e Walsh (2003), sobre as características das famílias saudáveis. Também se utilizou a CIPE versão 1.0 para a denominação dos focos de enfermagem. Seguiu-se o mesmo processo de recorrer à triangulação de investigadores para, analisando os dados da família anteriormente referida, se identificar os pontos fortes da família.

Esta dimensão "pontos fortes da família" é constituída pelas categorias casamento forte, poder paternal democrático, coesão familiar, comunicação, capacidade de solucionar problemas, abertura na partilha de sentimentos, lidar com as perdas, crença na bondade humana, intimidade e autonomia, interligação família/comunidade e mitologia congruente.

Conclui-se assim, este capítulo em que houve oportunidade de explicitar todo o procedimento desenvolvido, as opções metodológicas, a população seleccionada e o que fundamentou as decisões tomadas. No próximo capítulo faz-se a apresentação dos resultados da análise dos dados.

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados está dividida, de acordo com o número de dimensões construídas. Na primeira apresentam-se os dados relativos à identificação das famílias e funciona como a caracterização da população estudada. A segunda dimensão apresentada integra os dois domínios estabelecidos, a interacção familiar externa e interna. Seguem-se os resultados que integram a dimensão "focos de enfermagem". Termina-se com a explicitação da análise dos resultados que formam a dimensão "pontos fortes da família".

Nos dados apresentados, a identificação das famílias é feita por número. Não é a escolha mais congruente com a perspectiva transversal ao trabalho, mas a opção pela invenção de nomes também não se colocava como exequível. Assim, foi decidido ter a identificação de cada família por um número. Nos quadros e gráfico utilizados para a apresentação, não está referida a fonte dos dados, pois todos eles são referentes a dados produzidos neste estudo.

O figurino da apresentação segue as orientações de Amado (2000, p. 60) que refere que na apresentação dos dados de uma pesquisa de cariz qualitativo é *"...fundamental não perder o carácter descritivo, verdadeiramente qualitativo, recorrendo às necessárias citações..."*. Para isso, recorreu-se a uma selecção das unidades de contexto que de alguma forma fossem mais representativas, em cada momento, dos resultados obtidos. Por outro lado, com esta opção, remeteu-se para anexo todo o sistema de categorias produzido.

Importa ainda referir, como nota prévia da descrição dos dados das famílias, algumas características gerais dos informantes entrevistados. Foram um total de cinquenta e cinco, sendo quarenta e nove do género feminino e seis do masculino. As idades oscilaram entre os dezoito e vinte e dois anos, com a classe modal nos dezanove anos. Todos tinham como escolaridade o décimo segundo ano, a nota mínima de acesso ao curso foi cerca de 16 valores. Um entrevistado era casado, sendo os restantes solteiros.

5.1- VISÃO TRANSVERSAL DAS FAMÍLIAS

A selecção do título desta dimensão fundamentou-se na lógica dos dados que lhe deram corpo. São dados de caracterização geral, de primeira impressão, permitem captar a imagem imediata da família, como que um olhar que atravessa todas as famílias. Como foi referido anteriormente, os dados desta dimensão foram quantificados. O conjunto das categorias e subcategorias desta dimensão encontram-se explicitados no anexo 4.

Foram estudadas cinquenta e cinco famílias, perfazendo um total de duzentas e dezanove pessoas. O conceito de família que é considerado, emergiu do auto posicionamento dos informantes. Determinou-se então a família como sinónimo de coabitantes, agregado familiar.

As famílias estudadas habitam quase exclusivamente no distrito do Porto (49), havendo apenas três no distrito de Braga, duas no de Aveiro e uma no distrito de Vila Real. Das que vivem no distrito do Porto, um maior número de famílias (13) vive no concelho de Vila Nova de Gaia, seguem-se as que vivem no Porto, Gondomar, Matosinhos e Valongo respectivamente com seis famílias em cada concelho. Existem ainda três famílias que residem em Marco de Canaveses, duas nos concelhos da Maia e Trofa e as restantes vivem uma em cada concelho da Póvoa do Varzim, Vila de Conde, Felgueiras, Lousada e Penafiel.

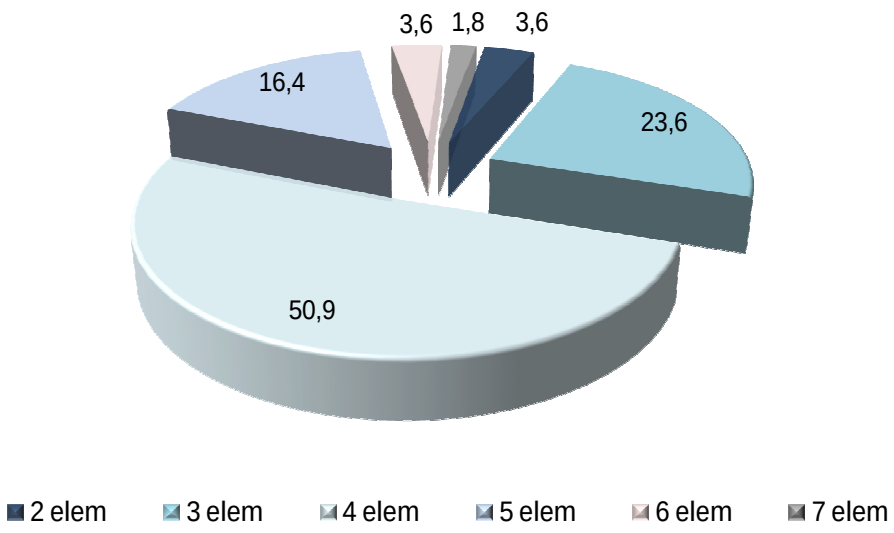
Todas as famílias residem segundo o NUTS II na região Norte. De acordo com o NUTS III, quarenta e duas famílias vivem no grande Porto, seis na unidade territorial Tâmega, quatro vivem na unidade territorial Ave, uma família vive no Alto Trás-os-Montes, uma na unidade territorial Cávado e uma entre Douro e Vouga.

As famílias apresentavam composições diferentes, com um número de elementos que variava entre dois e sete elementos.

Quadro n.º 1- Distribuição numérica e percentual do número de elementos por família

Elementos/ Família	2	3	4	5	6	7	Total
N.º	2	13	28	9	2	1	55
%	3,6	23,6	50,9	16,4	3,6	1,8	100

Gráfico n.º 1 – Distribuição percentual do número de elementos por família



Pelo Quadro n.º 1 e Gráfico n.º 1 verifica-se que uma maior percentagem de famílias é constituída por quatro elementos (50,9%), seguindo as famílias com três elementos (23,6%). Salienta-se que há uma família com sete elementos (1,8%).

Determinou-se o número médio de pessoas nas famílias e esse valor é de 3,98 pessoas/família. Verificada a composição familiar, determinou-se quais os elementos que existem nas famílias.

Quadro n.º 2- Distribuição numérica e percentual de quais os elementos presentes por família

	Elementos presentes nas famílias																			
Presentes	Mãe		Pai		1.ºFilho		2.ºFilho		3.ºFilho		Avó		Neto		Genro		Tia		Prima	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Sim	55	100	49	89,1	55	98,1	40	72.7	6	10,9	6	10,9	2	3,6	2	3,6	1	1,8	1	1,8
Não	-	-	6	10,9	-	-	15	28,3	49	89,1	49	89,1	53	96,4	53	96,4	54	98,2	54	98,2
Total	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100	55	100

Verifica-se nos dados apresentados no Quadro n.º 2 que em todas as famílias estudadas existe o elemento mãe. Em quarenta e nove famílias (89,1%) existe também o pai. O terceiro filho existe em seis famílias. Duas famílias integram duas gerações de marido e mulher, o que se pode verificar pela existência do elemento genro, em cada uma.

Relativamente ao total dos elementos das famílias estudadas, cento e trinta e dois são do género feminino (60,3%) o que constitui a maioria.

Também foi estudado o grupo etário dos elementos presentes na população.

Quadro n.º 3- Distribuição numérica e percentual dos elementos das famílias por grupo etário

Grupo etário	‹10	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Total
N.º	4	58	43	1	66	39	2	1	5	219
%	1,9	26,4	19,6	0,5	30,1	17,8	1,0	0,5	2,2	100

Pelos dados apresentados no Quadro n.º 3, verifica-se que sessenta e seis pessoas pertencem ao grupo etário 40-49, seguido pelo grupo etário 10-19 com cinquenta e oito indivíduos, o que corresponde, grosso modo, às idades das duas gerações predominantes nas famílias. Atente-se a que quarenta e cinco dos informantes entrevistados (81,8%), encontram-se no grupo etário 10-19, pois como foi referido a moda é 19 anos e a idade mínima encontrada foi os 18 anos.

Também foi identificada a escolaridade dos elementos das famílias estudadas.

Quadro n.º 4- Distribuição numérica e percentual dos elementos das famílias pela escolaridade

Escolaridade *	Analfabeto	4.ºAno	≤9.º	≤11.º	12.º	Bacharelato	Licenciatura	Doutoramento	Total
N.º	2	33	44	10	102	7	18	2	219
%	0,9	15,1	20,2	4,6	46,8	3,2	8,3	0,9	100

*Uma pessoa não tinha ainda idade para frequentar o ensino obrigatório.

Da leitura dos dados do Quadro n.º 4 ressalta que cento e dois indivíduos têm como escolaridade máxima o 12.º ano havendo outros trinta e cinco com o 4.º ano ou menos. Há duas pessoas que não sabem ler nem escrever.

Procurou-se ainda conhecer qual a principal ocupação, profissional ou não, dos elemento das famílias.

Quadro n.º 5- Distribuição numérica e percentual dos elementos das famílias pela ocupação (profissional ou não)

Ocupação *	Estudante	Trabalhador/ estudante	Procura 1.ºEmp	Por Conta de Outrem	Conta Própria	Doméstica	Desempregado	Reformado	Total
N.º	82	3	3	81	15	16	3	15	219
%	37,7	1,4	1,4	37,2	6,8	7,3	1,4	6,8	100

*Uma pessoa não tinha ainda idade para ser considerada como tendo ocupação.

Pelos dados apresentados no Quadro n.º 5, verifica-se que em maior número aparecem aqueles que estudam (82). Segue-se as oitenta e uma pessoas que trabalham por conta de outrem. Nas famílias estudadas identificaram-se três pessoas desempregadas e igual número à procura do primeiro emprego e trabalhadores/estudantes, respectivamente. Existem quinze pessoas reformadas sendo duas por invalidez.

Para a determinação do nível socioeconómico das famílias, aplicou-se a escala de Graffar, assim:

Quadro n.º 6- Distribuição numérica e percentual das famílias pelo nível socioeconómico

Nível socioeconómico	Alto	Médio Alto	Médio	Médio Baixo	Total
N.º	3	20	27	5	55
%	5,5	36,3	49,1	9,1	100

Verifica-se pelos dados apresentado no Quadro n.º 6 que 49,1% das famílias são colocadas no nível socioeconómico médio e 36,3% no médio alto. A aplicação da escala de Graffar dá sempre uma perspectiva sobre o posicionamento socioeconómico da família. No entanto, ao não considerar todos os elementos, mas só o elemento da família que ganha mais, faz com que sejam tratadas de igual forma, famílias em que há mais rendimentos (por juntar o rendimento de vários elementos), com aquelas em que não há. Se bem que dois dos itens da escala se refiram às condições que abrangem toda a família.

Face ao exposto é interessante perceber a perspectiva sobre o posicionamento socioeconómico expressa pelo elemento de cada família:

Quadro n.º 7- Distribuição numérica e percentual do auto posicionamento familiar no nível socioeconómico pelo elemento inquirido de cada família

Nível socioeconómico	Médio Alto	Médio	Médio Baixo	Total
N.º	3	49	3	55
%	5,5	89,0	5,5	100

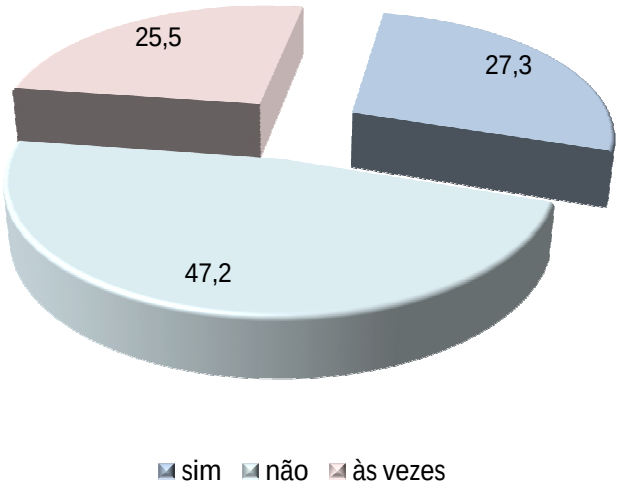
Assim, 89% dos informantes afirmaram pertencer a sua família à classe social média, 5,5% à média alta e 5,5% disseram pertencer à classe social média baixa.

Para terminar a apresentação das famílias expõe-se a utilização que as famílias fazem dos serviços públicos de saúde, nomeadamente dos centros de saúde.

Quadro n.º 8- Distribuição numérica e percentual das famílias pela referência à utilização do centro de saúde para consultas.

Utilização do centro de saúde	Sim	Não	Às vezes	Total
N.º	15	26	14	55
%	27,3	47,2	25,5	100

Gráfico n.º 2 – Distribuição percentual das famílias pela referência à utilização do centro de saúde para consultas



Através dos dados apresentados no quadro n.º 8 e gráfico n.º 2 pode-se verificar que quase metade das famílias referem não utilizar os cuidados dos centros de saúde para consultas. Isto não invalida a sua utilização para a vacinação, mas todos os restantes cuidados, que estas famílias possam precisar, têm sido procurados noutras instituições. Há 27,3% dos entrevistados que referem que a sua família utiliza com frequência os serviços do centro de saúde. Nas restantes famílias, um quarto da população estudada, é referido que a família às vezes vai ao centro de saúde, outras vezes procura resposta noutras instituições de saúde (incluindo privadas).

Estes resultados constituem a percepção transversal das cinquenta e cinco famílias estudadas, englobando duzentos e dezanove indivíduos.

5.2- VISÃO LONGITUDINAL DAS FAMÍLIAS

Uma segunda dimensão emergiu nos dados colhidos. A dimensão visão longitudinal das famílias. A denominação desta dimensão foi determinada pelo carácter dos dados que a integram. São dados que se relacionam com a vida familiar de cada dia, com o passado, presente e perspectivas para o futuro e por isso, traduzem movimento e mudança.

Esta dimensão inclui os dois domínios, interacção familiar externa e interacção familiar interna, referidos anteriormente. Os resultados, nesta dimensão, não foram quantificados pois o objectivo que se perseguia era a pesquisa da diversidade e possíveis ocorrências. Porém, na análise sobressaiu que algumas subcategorias emergem em quase todas as famílias e outras em poucas famílias, criando de imediato uma leitura de maioria ou de minoria.

Na apresentação desta dimensão, pretende-se construir um discurso fluido, não espartilhado por divisões da análise. No entanto, as diferentes categorias vão sendo assinaladas, em quadros, antecedendo a descrição de algumas das unidades de registo identificadas nas entrevistas, orientando, assim, a leitura dos resultados.

O domínio interacção familiar externa foi concebido porque na análise se percebeu que se diferenciavam duas perspectivas gerais das vivências das famílias. Por um lado o processo da vida familiar que decorria dentro das fronteiras da família (interacção familiar interna), quase como um sistema independente dentro da sociedade e, por outro, o processo que esse sistema ia desenvolvendo em interacção, voluntária ou consequente, da sua existência, na comunidade. A esta última perspectiva denominou-se então, interacção familiar externa.

No Quadro n.º 9 estão elencadas todas as categorias que integram a dimensão Interacção familiar externa. A ordem da apresentação das categorias e respectivas subcategorias, não tem por base qualquer critério específico. É sim resultante da identificação que foi ocorrendo aquando da análise das entrevistas.

Quadro n.º 9- Categorias e subcategorias do domínio – Interacção familiar externa

Categorias	**Subcategorias**
Cultura	Identificação com cultura da comunidade
	Identificação com características culturais específicas da família

Quadro n.º 9- (Continuação)

Práticas religiosas	Católica	Sem práticas religiosas
		Com práticas religiosas
	Outras	
Nível sócio económico	Médio	
	Médio alto	
	Médio Baixo	
Mobilidade geográfica	Local	
	Nacional	
	Internacional	
Interligação família/comunidade	Activa	alguns elementos
		toda a família
	Não activa	
Recreação	Com outros não familiares	
	Com a família	
Habitação	Própria	moradia
		andar
	Arrendada	moradia
		andar
Ambiente	Social	
	Físico	aprazível
		com problemas

Quadro n.º 9- (Continuação)

Suporte social	Família
	Amigos
	Vizinhos
	Entidades
Utilização dos serviços de saúde - Local	Serviços públicos
	Serviços privados
	Serviços públicos/ Serviços privados
	Receber profissionais no domicílio
	Contacto com profissionais de saúde na comunidade
Utilização dos serviços de saúde - Motivo	Cuidados preventivos
	Cuidados curativos

Assim a interacção familiar externa é constituída pelas categorias: cultura, práticas religiosas, nível sócio económico, mobilidade geográfica, interligação família/comunidade, recreação, habitação, ambiente, suporte social e utilização dos serviços de saúde.

Neste capítulo não é apresentada a totalidade das unidades de contexto identificadas, optando-se por colocar algumas das mais exemplificativas de todas as subcategorias definidas. No anexo 5 estão presentes os códigos das entrevistas que integram as unidades de registo para cada uma das divisões de análise que foram consideradas.

Quadro n.º 10- Distribuição das famílias na categoria Cultura e respectivas subcategorias

Cultura	Identificação com cultura da comunidade	47
	Identificação com características culturais específicas da família	8

As famílias estudadas apresentam, globalmente, a expressão de uma vivência cultural que, na perspectiva dos informantes, reflecte a cultura da comunidade em que estão inseridas, da sociedade, do país. Pode-se identificar esta interpretação, no seguinte excerto, relativo à família codificada como 20: *"é semelhante à portuguesa, vêem televisão, lêem pouco jornais, assim, assim... é tudo normal"*; ou na reflexão presente na entrevista 33: *"já passamos por Trás-os-Montes, Alentejo, Porto agora, apanhamos um pouco de cada cultura, o que não deixa de ser bom"*.

Também se identificou alguma dúvida, no posicionamento cultural, relacionada com algumas particularidades nas características de cada família que na óptica dos informantes, não será justificação suficiente para que se considere que a sua família tenha uma cultura diversa da comunidade: "*o resto é tudo quarta classe, nesse aspecto não estão integrados, não é? porque a maior parte agora das pessoas, têm agora ou curso superior ou têm o décimo segundo ano de escolaridade ou assim, e eles não"* (E11).

Na entrevista 28 também é assumida uma visão cultural sobreponível, da respectiva família, com a comunidade, não sendo valorizadas as diferenças: *"os meus pais podem ter uma escolaridade inferior mas também, quando sabem falar falam, quando não sabem, escutam mais e falam menos"* (E28).

No entanto alguns entrevistados (oito) sentem que as suas famílias serão um pouco diferentes. Uns atribuem esse facto, por nem todo o trajecto familiar ter decorrido dentro do território nacional. Por isso, os entrevistados assumem que a família terá tido influência de outras culturas que de certa forma se repercutiram na sua perspectiva cultural: "*acho que as pessoas que viveram que estiveram em países latinos acho que temos uma maneira de ser, as pessoas a*

conviverem, um bocadinho diferente. Acho que somos mais abertos, mais expressivos, depois os que foram cá ficando, muitas vezes não aceitam muito bem as pessoas que vêm de fora" (E31).

Para algumas famílias que viveram fora do país, parece assim haver alguma dificuldade de adaptação, não só pela sua dinâmica mas também pela própria sociedade que as recebe. Assim, a interacção entre a família e a sociedade exige uma flexibilidade, para evitar conflitos.

A assunção de uma diferente perspectiva cultural não está exclusivamente associada a processos de migração familiar. É referido na entrevista 18: *"os meus pais sei lá... deram-me assim uma educação um bocado diferente mas eu, sei lá, sempre me dei com vários tipos de pessoas e pessoas com um nível económico mais baixo que eu e se calhar menos cultas, não tinham tantos livros como eu"*.

Quadro n.º 11- Distribuição das famílias na categoria Práticas religiosas e respectivas subcategorias

Práticas religiosas	Católica	Sem práticas religiosas	27
		Com práticas religiosas	26
	Outras		2

Todos os informantes referem que as suas famílias professam uma religião, mas muitos também assumem, que as suas famílias, não têm qualquer prática religiosa comunitária. *"... os meus pais não são casados pela igreja nem ligam nenhuma a essas coisas e nem sequer me queriam baptizar mas a minha avó fez muita questão e tal, baptizaram-me e depois quando era mais miúda cheguei a ir algumas vezes à catequese e tal"* (E55).

"Mas depois quando andamos nos escuteiros, eram todos baptizados, quisemos ser baptizados, fomos baptizados, eu com oito, o meu irmão com onze, mas eu considero-me, não posso dizer que sou ateia porque sou baptizada, mas não acredito, não pratico" (E4). Percebe-se, nesta família que pode haver

percursos menos fundamentados numa convicção religiosa partilhada e mais em influências externas que as famílias aceitam.

Outras famílias há, em que a participação em actos comunitários ligados à religião que professam esmoreceu logo após terminar a formação religiosa das crianças. *"... Antes quando eu andava na catequese, o meu irmão, nós íamos todos os domingos mas depois começamos a perder o hábito"* (E28).

Também apareceram famílias em que foi assumida uma participação religiosa mais intensa. É a perspectiva presente, por exemplo, nas entrevistas 16 e 41 ainda que com diferentes matizes. *"... Sim vamos à missa (...) estamos a ir a Fátima todos os anos, somos, pronto não somos daquelas pessoas que passam a vida metidas na igreja, não, não, mas não costumamos esconder, temos fé..."* (E16). "E*u agora acabei o crisma e o meu pai pertence ao grupo coral tal como eu, andamos sempre por ali, pertencemos, vamos, somos praticantes, somos activos, tenho várias actividades na paróquia também"* (E41).

Em duas entrevistas foi referido que as respectivas famílias professam outras religiões, *"mais a religião evangélica, católica por acaso não, que é o normal, normal, o costume"* (E54).

Quadro n.º 12- Distribuição das famílias na categoria Nível sócio económico e respectivas subcategorias

Nível sócio económico	Médio	49
	Médio alto	3
	Médio Baixo	3

Já se referiu anteriormente que a maior parte das famílias, aplicando o índice de Graffar, situam-se no nível socioeconómico médio (27 famílias - 49,1%). Também se apresentou que os resultados do auto-posicionamento de cada família permitiu chegar a valores um pouco diferentes, expresso por uma percentagem de 89% (49 famílias) no nível médio. Esta discrepância pode ter fundamento nos diferentes entendimentos sobre nível médio.

Atente-se no reparo presente na entrevista 20 que diz, *"... mas não sei, o Paulo Portas há tempos disse que média era quem ganhasse duzentos contos cada um, eu não acho, cá em Portugal não acho, eu acho que é classe média, uma vida estável assim não há muito ..."*, levantando a questão do que será classe média.

Mas, para o informante da família 46 parece ser mais claro pois afirma, "... *basta os pais terem emprego, ganharem, prontos já é muito bom e depois temos de ter, não só para a alimentação, para as coisas da casa, mas também podemos, dá para fazer um bocadinho de lazer e isso, é porque acho que deve ser média, acho que pode."*

Há um número mais reduzido de entrevistados que posicionam a sua família no nível sócio económico médio alto: *"média alta não sei dependendo da profissão dos meus pais, não é? É uma profissão, acho que a meu ver é vista pela sociedade, bem vista"* (E40). O mesmo número coloca a sua família no nível sócio económico médio baixo: *"talvez média, média baixa porque não, não vivemos assim por além, mas também não temos grandes dificuldades"* (E19).

Quadro n.º 13- Distribuição das famílias na categoria Mobilidade geográfica e respectivas subcategorias

Mobilidade geográfica	Local	38
	Nacional	12
	Internacional	5

Bastantes famílias têm-se mantido na mesma área geográfica que os seus antepassados: "...*desde pequeninos moraram sempre lá muito próximo uns dos outros"* (E15); *"nós antes morávamos, o meu avô fez uma casa para os dois filhos portanto, era uma em cima e uma em baixo, nós morávamos juntos, só que depois os meus pais quiseram fazer uma casa (...) é na mesma rua, nós mudamos de casa mas ficamos muito pertinho"* (E43).

Outras famílias, como aconteceu com a família apresentada na entrevista 2, *"os meus pais quando casaram estiveram lá em cima e depois mudaram para o*

Algarve, mas foi pouco tempo e depois vieram para Gondomar, eu já nasci lá", deslocaram-se da região de origem, apresentando uma tendência de movimentação em direcção ao litoral. O mesmo ocorreu com a família do informante da entrevista 26: *"eu vivi três anos na Régua e depois a minha mãe foi transferida para (...) e fizeram a vida deles lá, mas o meu pai sempre trabalhou no Porto"*.

Também há famílias que regressaram a Portugal depois de viverem alguns anos noutros países. *"...África do Sul (...) estávamos em Aveiro, estivemos lá três anos, depois ainda fomos para o Algarve (...) estivemos lá alguns meses e depois voltamos outra vez para Aveiro e depois de Aveiro para a Maia"* (E10).

Quadro n.º 14- Distribuição das famílias na categoria Interligação família/comunidade e respectivas subcategorias

Interligação família/comunidade	Activa	alguns elementos	12
		toda a família	3
	Não activa		40

Poucos informantes admitem que eles próprios ou a sua família têm uma interligação com a comunidade relevante, pois em cinquenta e cinco entrevistas só quinze o referiram. Quando há essa participação, a maior parte das vezes cinge-se a um elemento: *"andei a fazer voluntariado, foi na Maternidade Júlio Dinis, mas foi por minha iniciativa"* (E4). Esta é uma situação de participação de voluntariado mais tradicional, mas há outras formas. É o caso da família 3, pois afirma-se na entrevista 3 que *" o meu pai (...) primeiro secretário de uma associação recreativa"*. Também na entrevista 53 está presente outra perspectiva de intervenção na comunidade, "*pertenço eu a um grupo de jovens (...) normalmente vamos cantar a casamentos ou mesmo na igreja e depois aproveitamos para actividades para nós"* (E53).

Na entrevista 43 refere-se que a família realiza actividades que envolvem todos os membros pois: "ao *fim de semana passamos muito tempo lá na capela porque os meus pais, eu e a minha irmã, toda, quase toda a gente tem funções lá*

e então pronto, acabamos por passar lá muito tempo, sábado à tarde, domingo de manhã."

Quadro n.º 15- Distribuição das famílias na categoria Recreação e respectivas subcategorias

Recreação	Com outros não familiares	33
	Com a família	18

As famílias utilizam parte dos seus tempos livres em actividades que realizam fora de casa. Estas actividades diferem das referidas anteriormente, pois são realizadas por motivos de lazer, recreação, não representando um comprometimento com a comunidade.

No geral as opções passam por convívio, em que outros elementos da família não estão incluídos. *"A minha irmã tem um namorado, a minha irmã vai sair com o namorado e eu também com as minhas amigas e os meus pais é que vão passear juntos"* (E13). Na entrevista 18, *"... a minha mãe teve sempre muito trabalho, não teve tempo para passar connosco e eu e a minha irmã somos muito diferentes ela é assim ah, não sei quê e eu não alinho, somos completamente, temos amigos super diferentes, andamos em meios super diferentes mas damo-nos muito bem, mas assim coisas para fazermos juntas não há assim"*, além dos elementos da família terem interesses diferentes, estes baseiam-se em formas de ser assumidamente diversas, procurando também pares sociais diferentes, para conviver.

Também não parece ser valorizado, pelos entrevistados, as saídas de toda a família em conjunto, atente-se no que se refere na entrevista 47: *" às vezes, esporadicamente aos domingos, às vezes nós reunimos ou em casa da minha tia ou então dos meus primos ou em nossa casa, mas saídas como às vezes se vê naquelas famílias todas que vão, muito raramente"*. Por vezes a recreação é realizada de forma solitária: "*ver televisão, gosto de ler, agora a minha mãe quer que eu faça ponto de cruz"* (E19).

Já outras famílias parecem desfrutar da companhia uns dos outros, principalmente quando da ocupação dos tempos livres em conjunto.

"...normalmente passeamos sempre todos juntos, se tivermos que ir por exemplo ao almoço, também normalmente é sempre juntos" (E9) e na entrevista 15: *" sempre, andamos sempre os três juntos"*.

Há um esforço familiar de concertar o convívio em conjunto, apesar da distância: *"fins-de-semana, consegui convencê-los a ir ao cinema, às vezes ao cinema ou às vezes até lá em casa ah, às vezes os pais convidam amigos deles e isso tudo, estamos lá todos juntos ou então mesmo a família, irmãs do meu pai que moram em Braga também vão lá, mas até mesmo só nós a família ah, costumamos ter, mas mesmo mais aos fins-de-semana"* (E10).

A coesão familiar no que diz respeito ao lazer parece não ser homogénea nas famílias estudadas. Assim, a recreação nas famílias passa por actividades partilhadas por todos os elementos da família, com alguns elementos, com outros pessoas que não são da família ou por actividades realizadas de forma solitária.

Quadro n.º 16- Distribuição das famílias na categoria Habitação e respectivas subcategorias

Habitação	Própria	moradia	29
		andar	22
	Arrendada	moradia	1
		andar	3

Muitas famílias residem numa habitação de que são proprietárias (51 famílias). Muitas casas são independentes: "*é nossa mesmo quer dizer, o meu pai é que esteve em frente da construção daquilo, mesmo casa de sonho dos meus pais"* (E10). Também várias famílias vivem em prédios e são essencialmente as famílias de centros urbanos mais populacionais. Vinte e duas famílias residem em apartamentos que lhes pertencem: *"é (nossa), é um andar, um apartamento"* (E7).

Poucas famílias vivem em habitações arrendadas: *"é alugada (...) é um andar, um andar T dois, T dois mais um"* (E13). Outra perspectiva que se

conseguiu perceber é a da adequação, da habitação, às necessidades de todos os elementos da família. Na realidade, a generalidade das famílias reside em habitações que estão ajustadas, em dimensão, ao número de elementos da família.

Tal foi possível de identificar a partir dos relatos das características das habitações familiares: "*é uma vivenda que os meus pais construíram entretanto, é maior que a outra casa, a outra era mais pequena, em termos de quartos e assim. Esta tem 3 quartos, 3 casas de banho, tem uma sala maior, uma cozinha maior, também tem um sótão grande com espaço para pôr as secretárias e para a minha irmã brincar e assim... e tem jardim à volta"* (E43).

Quadro n.º 17- Distribuição das famílias na categoria Ambiente e respectivas subcategorias

Ambiente	Social		3
	Físico	aprazível	46
		com problemas	6

Viver num ambiente mais urbano tem vantagens. Estas vantagens referem-se sobretudo à acessibilidade de serviços e à menor pressão da sociedade dos meios rurais, porém também são citadas desvantagens como o anonimato, solidão, a poluição sonora e do ar. *"...também fui para a escola secundária que era na cidade e então aproveitamos e fomos para lá morar, gostamos do ambiente, próximo de tudo, do hospital, dos bombeiros, de tudo, da praia e acabamos por ficar por lá, só vamos ao fim de semana à outra casa (...) sinto falta do ambiente muito calmo, acordávamos com os passarinhos, não tem nada a ver, o ar em si, nem aquele ar assim muito, nem nada, só que o ambiente a nível cultural, as pessoas são muito mesquinhas (...) na cidade não, somos mais anónimos, apesar de conhecermos bem os vizinhos, cumprimentamos tudo, vamos jantar uns com os outros mas cada um tem a sua vida e ninguém se mete e acho que deve ser assim, não gosto de cusquices"* (E15).

A proximidade de diversas actividades atrai para centros mais urbanos, porém o sossego e a convivência salutogénica são referidas como importantes ao equilíbrio humano.

Aparecem algumas referências a ambientes menos agradáveis, pois é comentado: *"...temos uma que é a S., é um crime e também temos próximo uma fábrica de tintas"*, pelo informante da família 31. Em suma, o ambiente de cada família abrange aspectos de ordem física e também social. Esta última perspectiva assenta principalmente nas pessoas que se encontram mais próximas que são os vizinhos de cada família e culturas mais evoluídas.

Quadro n.º 18- Distribuição das famílias na categoria Suporte social e respectivas subcategorias

Suporte social	Família	38
	Amigos	7
	Vizinhos	8
	Entidades	2

Os vizinhos, amigos e os familiares colaterais são indicados como recurso em caso de necessidade. Refere o informante da família 28: *"temos os meus avós ainda são, não os considero velhos porque eles ainda têm muita energia, eles ajudam-nos imenso, também a minha tia que é enfermeira..."*. De outra família é referido *"...tanto a família como os meus pais têm, são poucos, têm um grupo que são amigos deles há bastante tempo (...) e sem sombra de dúvida que se tivéssemos alguma coisa havia um conjunto de pessoas a quem a gente ligava que estavam dispostas logo a ajudar"* (E16).

Por vezes as famílias residem longe dos seus familiares e por isso, em situação de necessidade de suporte, consideram ser mais viável serem os vizinhos: *"...mas temos os vizinhos que podiam ajudar"* (E17); "*família não, talvez algum conhecido da minha mãe ou do meu pai"* (E38).

Há famílias que consideram os vizinhos como amigos. *"Família não, amigos, na casa ao lado são amigos dos meus pais e damo-nos todos muito bem*

(...) por exemplo os meus pais foram, foram de férias, de férias entre aspas a minha mãe foi um bocadinho em trabalho (...) fui almoçar lá, tratam-nos da roupa, portanto ...” (E48).

Porém tal não sucede com todas as famílias. Um pequeno número prefere recorrer a serviços formais: *“...a minha mãe nunca gostou de sobrecarregar, achava que não tinha direito de fazer isso, portanto estivemos sempre em amas, tivemos uma empregada interna connosco...”* (E4); *“para além de mim e da minha mãe não, quando não é a minha mãe sou eu, é, mas também não deixo mais ninguém fazer”* (E21).

Também algumas das famílias estudadas se sentem comprometidas com outras famílias, ou com a sua família alargada, funcionando, neste caso, como suporte social. *“Nós é que às vezes vamos para os meus avós por causa que a minha avó tem umas certas dificuldades e então nós deslocamo-nos lá para dar uma mãozinha e acabamos por lá dormir alguns dias da semana”* (E11).

Ainda dentro do domínio interacção familiar externa se integrou as categorias que emergiram relacionadas com a interacção das famílias com as entidades de saúde. Anteriormente já se apresentou o número de famílias que utilizam os serviços de saúde públicos. Importa patentear o que está na base dessas diferentes realidades.

Quadro n.º 19- Distribuição das famílias na categoria Utilização dos serviços de saúde – Local e respectivas subcategorias

Utilização dos serviços de saúde - Local	Serviços privados		26
	Serviços públicos		15
	Serviços públicos/ Serviços privados		14
	Receber profissionais no domicílio	Médico	19
		Enfermeiro	16
	Contacto com profissionais de saúde na comunidade		5

Todas as famílias têm uma história de contactos com serviços de saúde. Umas com contactos mais frequentes, outras quase nunca, havendo em alguns casos imprecisão em relação à localização dos centros de saúde. Nestes últimos casos o contacto que existiu com o serviço público de saúde restringiu-se à vacinação. *"É a vacinação, eu só fui ao centro de saúde (...) por causa da vacinação, mais nada"* (E7).

Muitas famílias têm subsistemas de saúde, ADSE, SAMS, ADMG entre outros, aos quais recorrem quase exclusivamente. Tal é afirmado pelo membro da família 2: *"nunca fui lá porque nós temos assistência da ADMG, então recorro mais a esse tipo de assistência, como tem especialistas, eu nunca recorro ao centro de saúde"*. Mas também outras encontram, através da ocupação profissional, facilidades para acederem à assistência. *"... Minha mãe trabalha num hospital e então prontos, é um bocadinho, sei lá ela às vezes, pronto tem outra facilidade e faz umas coisas lá"* (E3)

Algumas famílias procuram os serviços privados de saúde, *"...mas não é através do centro de saúde, é através do médico particular, centro de saúde até raramente a gente lá frequenta"* (E1)*;* "*temos uma médica que é como se fosse médica de família mas não é oficial é aquela que nós visitamos"* (E44). Outras famílias passaram a recorrer a serviços privados de saúde após experiências desagradáveis no serviço público: *"...mas também foi uma confusão porque não tínhamos médico, o enfermeiro não tiraram porque não tinham o papel do médico, foi uma confusão por isso, enfermeiro só mesmo para vacinas, só"* (E4).

Relativamente às deslocações ao estomatologista a quase totalidade das famílias refere que quando vão é a nível particular. Refere-se em relação à família 43: *"é um dentista, prontos, já é dos meus pais há muitos anos. Também é lá no centro de V., também tem lá um consultório, a maior parte das pessoas de lá também vão àquele dentista"*. Só sobre uma família se referiu que era no centro de saúde:*"temos sempre em S. R. e temos dentista e então acabamos por ir para o dentista de lá"* (E11).

Esta família é uma das quinze que utilizam predominantemente os serviços públicos: *"vamos sempre, acho que até três vezes por ano ou duas vezes, não sei quanto é a frequência, sei que o meu médico marca sempre, como é o médico de família já desde, desde de pequenina e a minha mãe também, desde*

que foi para Gaia e tudo, teve aquele médico" (E11); *"o meu pai até vai muito raramente ao centro de saúde, porque tem um médico no trabalho e se precisar de alguma coisa vai lá, só nós os três vamos (...) se estivermos doentes sim, mas em termos de consultas de rotina não"* (E30).

Sobre algumas famílias afirma-se que passaram a utilizar o centro de saúde quando surgiu algum problema num dos seus membros ou o centro de saúde se tornou mais acessível: "*o meu pai por acaso ultimamente com a história do centro de saúde, já lá foi duas vezes ultimamente, mas só muito ultimamente, mas o meu irmão acho que nunca lá foi sequer, e a minha mãe também só foi uma vez ou outra, mas centro de saúde nós não costumamos utilizar muito"* (E47); "e*u costumo ir mais vezes porque eu sou asmática e pronto e às vezes dá-me assim crises de asma e vou lá fazer nebulizações, recentemente é o que tem acontecido mas antes raramente; ia só mesmo a consultas de rotina"* (E40).

A deslocação de profissionais de saúde a casa das famílias, também foi mencionada. Em todas as situações, foram prestar cuidados que a família solicitava. Esses profissionais podiam ser do centro de saúde ou não, como referem os entrevistados da família 9 e da família 21: *"do centro de saúde, o médico de família que faz visitas ao domicílio e o enfermeiro que é um amigo nosso da família (...) foi ver o meu avô que teve uma trombose há um tempo atrás e foi vê-lo exactamente porque não se podia deslocar"* (E9); *"o médico já e ah, o enfermeiro também foi, era numa altura em que o meu irmão andava a tomar umas injecções e o enfermeiro ia lá a casa (...) e o médico foi antes, antes da minha avó falecer, o médico também ia, porque ela recusava-se a ir ao médico e então nós tínhamos de a enganar e o médico ia lá"* (E21).

Destas afirmações pode-se concluir que quer o médico de família, quer o enfermeiro vão ao domicílio da família, para tratamento. Porém parece ressaltar que ambos só se deslocam a pedido dos utentes ou por serem amigos da família.

Outras informantes referem que as suas famílias optaram por diferentes soluções, inscrevendo-se em clínicas para assegurar cuidados no domicílio, caso tivessem necessidade. Isto é bem ilustrado na entrevista 40 "*porque nós somos sócios de uma, de uma clínica, não sei se conhece, os a.n. ali no Porto e fazem domicílio a casa (...) os meus pais tiveram portanto interesse em fazer, em interessar-se por isso tudo, portanto de domicílio, por causa do meu irmão"* (E40).

Encontram-se também relatos de contacto com enfermeiros, em cinco entrevistas, que ocorreram num outro contexto. Esses contactos realizaram-se nas escolas que alguns elementos, dessas cinco famílias, frequentavam. É o que ocorreu com um elemento da família 45: *"quando eu andei não, mas por exemplo agora o meu irmão teve uma, foram lá umas alunas de enfermagem, não sei de que escola falar com eles, não sei nem sobre o quê mas, comigo não, mas com o meu irmão já"* (E45); *"quando andava na escola primária foram duas vezes, uma vez porque, se bem me lembro, por causa das vacinas, porque havia sempre aqueles alunos que não tinham as vacinas em dia"* (E47).

Quadro n.º 20- Distribuição das famílias na categoria Utilização dos serviços de saúde - Motivo e respectivas subcategorias

Utilização dos serviços de saúde - Motivo	Cuidados curativos	35
	Cuidados preventivos	20

O contacto das famílias com os serviços de saúde concretiza-se, tendo como fundamento predominante, a procura de cuidados curativos. " B*asicamente vai-se quando se está doente"* (E32); "*de resto não, só se estiverem mesmo muito mal, acho que a última vez que o meu irmão foi ao médico foi há um ano, para aí e deve ter sido por causa de uma infecção no olho"* (E22).

Em vinte famílias a principal razão, para recorrer aos serviços de saúde, é a obtenção de cuidados preventivos. "C*ostumamos utilizar, a minha mãe principalmente, eu também, pelo menos faço sempre pelo menos de ano a ano, faço um check-up, o meu irmão também de resto, o meu pai não tão, não tanto, mais esporadicamente, a minha avó também"* (E54); "*vou lá regularmente mais por consultas assim de vigilância e tudo e depois a nossa médica é médica de toda mesmo de toda a família os meus avós, os meus tios, os meus primos e eu já estou com esta médica desde pequenina mesmo e a minha mãe também desde adolescente"* (E55). A continuidade de cuidados, nos Cuidados de Saúde Primários, atravessando gerações, é aqui ressaltada.

A perspectiva preventiva também se verifica com as consultas de estomatologia e oftalmologia: *"ah sim, ah isso, são os meus pais quase que me*

matam porque eu estou sempre no dentista "ai, mas porque é que tu queres tantas vezes ir ao dentista?" claro que quero uma vez por ano, isso é importante e ainda ontem os meus pais também lá foram, acho que eles pelo menos e oftalmologista também controlam tudo, é importante" (E41).

Em síntese, relativamente à categoria interacção externa percebe-se que há um posicionamento familiar próximo da cultura portuguesa. A prática religiosa esteve mais presente no passado. O nível socioeconómico é médio. Há fenómenos de migração em algumas famílias. Há pouca iniciativa de intervenção comunitária. A recreação que é desenvolvida não passa por actividades de toda a família. Muitas famílias vivem em casa própria e muitas em moradias. O ambiente circundante é geralmente referido como adequado. O suporte social recai, em muitas famílias, na família alargada, mas também há relatos de serem os amigos ou vizinhos a providenciar apoio, se necessário. Relativamente aos serviços públicos de saúde, o contacto com essas instituições ou não ocorre ou, para algumas famílias, é quase episódico, no entanto, outras famílias utilizam os centros de saúde para actividades de vigilância de saúde ou curativas. Porém, muitas famílias recorrem a serviços privados e outras também, porque estão abrangidas por subsistemas de saúde.

De seguida apresentam-se os resultados da análise que possibilitaram a constituição do domínio interacção familiar interna, com as categorias e subcategorias. No anexo 5 encontram-se todas as divisões desta dimensão bem como a identificação de todas as entrevistas, em que as unidades de análise se encontram.

Quadro n.º 21- Categorias e subcategorias do domínio – Interacção familiar interna

Categorias	**Subcategorias**
História familiar	
Comunicação	Aberta e espontânea
	Com limitações
Poder	Partilhado na díade parental
	Partilhado por toda a família
	Na posse de um elemento
Valores	Sinceridade
	Família
	Respeito
	Amor
	Solidariedade
	Saúde
	Abertura (interacção com outros)
	Futuro
	Educação
Função socialização	Papéis
	Socialização de género
	Estabelecer regras

Quadro n.º 21- (Continuação)

Função afectiva	Maior proximidade dos descendentes com a mãe
	Igual proximidade entre todos os membros
	Proximidade diversa entre os membros
Função cuidar a saúde	Prestar cuidados
	Exercício físico
	Alimentação
	Higiene oral
	Hábitos de sono
	Comportamentos aditivos
	Opinião sobre serviços de saúde
Estratégias resolução problemas	Partilhada
	Isoladamente

A interacção interna da família reporta-se às vivências que se constroem na família e aos valores que subjazem à unidade familiar. Uma das categorias consideradas foi a história familiar.

Cada família tem a sua história que muitas vezes é passada ou vivida pelas gerações seguintes. *"...Já foi há dez anos que estamos cá e a minha mãe já estava com medo da situação que estava lá que, pronto, eles contra os portugueses fazem mesmo tudo, parece e como o meu pai é português a minha mãe estava muito insegura e então decidiu mesmo sair de lá..."* (E10). Nesta situação foi forçada uma mudança que não estava nos projectos da família, contribuindo para que se contasse uma outra história desta família.

Em outra família percebe-se a vontade de manter raízes socioculturais, *"também estamos registados lá apesar de ter nascido no A., mas estamos registados é para ser todos transmontanos (...) o meu pai foi destacado para o A.*

e a minha mãe foi para lá, depois estivemos lá (...) até aos onze anos e depois viemos para aqui." (E33).

Na família apresentada na entrevista 42, "*por acaso na altura das vindimas gosto muito porque vamos todos para a aldeia e, pois há um lagar, pisamos e isso tudo e é muito interessante (...) é uma mulher* [avó] *muito lutadora, admiro-a muito, pode ter por exemplo a casa a cair e toda suja que não se importa mas o mais importante para ela, é a típica mulher do campo, é as terrinhas dela, ela interessa-se muito por isso"*, apesar de ter uma vivência de afastamento geográfico, há um comungar de história com a família alargada que se consubstancia nas festas, no período de férias e na admiração pela opções de vida.

A história de cada família constrói-se a partir das histórias dos antepassados, acrescentando novas experiências, contribuindo para um sentido de pertença. Por isso, a história da família também se vai edificando a cada dia através do processo de comunicação que se estabelece, do poder e jogos mais ou menos assumidos na família.

Quadro n.º 22- Distribuição das famílias na categoria Comunicação e respectivas subcategorias

Comunicação	Aberta e espontânea	36
	Com limitações	19

O processo de comunicação nas famílias é diverso e dificilmente separado dos valores familiares e das regras internas da família. Constata-se, nos relatos produzidos nas entrevistas, que há famílias em que assumidamente, a liberdade de comunicar e o que comunicar, é indicada como total: *"... entre eu, o meu pai e a minha mãe falamos e tudo na família, a... sei lá tipo sexo e tudo, falamos abertamente"* (E31); *"acho que toda a gente, principalmente à hora de jantar e isso, acho que toda a gente fala sobre o dia e assim, e pode-se falar de tudo"* (E43).

No entanto, em dezanove famílias a comunicação, muitas vezes para evitar conflitos, restringe-se a áreas previamente entendidas, como mais

consensuais: *"...mais perto da minha irmã porque os meus pais já têm uma certa idade, são gerações bastante diferentes, mais próxima da minha irmã (...) e às vezes evito um bocado a discutir com eles, como temos opiniões um bocadinho diferentes..."* (E2). Há também alguns assuntos que são considerados tabu. "*Há sempre aquele assunto, assunto do sexo e aquelas coisas que isso nunca falei, nem eu, nem eles"* (E42).

Também as limitações, no conteúdo da comunicação, parecem estar associadas ao nível de instrução e tipo de cultura: *"...ai, isso aí se calhar, não sei, eu nunca puxei mas, são assim como elementos de aldeia, está a ver, quarta classe, não são assim muito...são muito conservadores"* (E24); ou à dificuldade em lidar com a intimidade: "*nós os quatro ah, ah, não, não de tudo, quer dizer tenta-se ser muito liberal e se tiver o tema em questão por exemplo, dá no telejornal um problema qualquer, falamos de tudo, mas ah, a nível afectivo, do género namorar e não sei quê (...) ainda é um bocado tabu"* (E19).

A dificuldade na comunicação, na família, também passa por cada elemento não sentir liberdade de expressar o que sente: "*porque a minha mãe e o meu... minha mãe sempre pretendeu e eu sempre por acaso critiquei um bocado por causa disso, porque sempre teve a tendência a esconder certos problemas do meu pai, porque não o queria chatear porque achava que não devia contar (...) eu sempre fui um bocado contra isso, por isso a verdade lá em casa nunca foi propriamente dita mas, não vivemos também na mentira, vivemos bem, vivemos ... sei lá como é que hei-de dizer"* (E34).

Desta entrevista ressalta a imagem da mãe que educa em casa e que resolve os problemas sem "aborrecer" o pai que tem por função angariar o sustento da casa. Ressalta ainda, a mudança que se tem operado na geração seguinte.

Uma afirmação, na entrevista 50, parece encerrar todas as razões, até agora referidas, como associadas a dificuldades na comunicação dentro da família. *"Porque a minha mãe diz mesmo isso: "ai tu para as pessoas de fora..." porque sou filha e gosto de falar das minhas coisas. Mas por exemplo quando a minha mãe quer saber de mim ou perguntar de mim, já são coisas que acho que dizem mais respeito a mim, já não, há coisas que não se deve contar às mães, só mesmo por causa disso. Não que ela não puxe, que ela anda sempre a puxar a*

conversa e tal, mas assim que possamos falar muito... sou, sou um bocado mais distante, o meu irmão já não, já é da mamã" (E50).

A interacção familiar processa-se pela comunicação e tem por base a flexibilidade, mas também é regulada pelas decisões que se vão tomando, pela forma como o poder é exercido.

Quadro n.º 23- Distribuição das famílias na categoria Poder e respectivas subcategorias

Poder	Partilhado na díade parental	26
	Partilhado por toda a família	15
	Na posse de um elemento	14

As decisões, em vinte e seis famílias, baseiam-se na assunção de essa ser uma competência dos pais. Pode-se verificar na forma como na entrevista 41 se refere esta questão: "*são os dois são, e aliás quando eu peço alguma coisa eles "tem que ir a conselho" vai a conselho e depois é que me dizem as decisões, uns, umas vezes um, a decisão de um prevalece outras vezes, mas eles tomam ambos a decisão"* (E41).

A responsabilidade dos pais, em relação às decisões, pode estar tacitamente distribuída entre os progenitores: *"... depende da decisão, porque é assim, há decisões que a minha mãe toma e depois diz ao meu pai, depende, acho que é assim em termos de, sei lá, se calhar assim na nossa educação então... e tudo o que tem a ver com livros e os professores, isso, a minha mãe toma conta disso tudo, porque o meu pai, a minha mãe às vezes pode perguntar uma coisa ou outra, o meu pai e não sei o quê... e depois o meu pai já trata de tudo com férias, fins-de-semana, essas coisas, lazer..."* (E7).

Mas, o poder também pode ser assumido, na família, por todos os elementos: *"nós quando é para tomar qualquer tipo de decisão, ouvimos a opinião uns dos outros e a partir daí tentamos tomar uma atitude que agrade a toda a gente, (...) acabamos por tomar decisões em conjunto"* (E9). Esta perspectiva democrática também é reforçada na narrativa sobre a família 15, *"sempre em*

conjunto, tem que ser, o meu pai só toma a decisão final depois de termos conversado todos, ponderado, é um bem comum, somos uma unidade" (E15).

Em catorze famílias o poder reside predominantemente num elemento, que pode ser a mãe: *"...normalmente a minha mãe decide porque ela é dona do congelador e da comida"* (E17). Esta afirmação ilustra bem as divisões de tarefas e o poder doméstico, do elemento feminino (E17, E39, E1, E22). *"A minha mãe diz sempre assim, que é ela que manda (...) a minha mãe é que toma a decisão final, se a minha mãe diz que é assim, o meu pai pode não achar, mas faz o que ela diz"* (E39).

Todavia, o exercício de autoridade, mesmo sendo da mãe, pode apresentar algumas variâncias: *"é, é a minha mãe, eu acho que pronto, o meu pai não havia de gostar de ouvir isto, mas é a minha mãe que, que decide tudo, só que tem sempre a opinião do meu pai, por exemplo, não concordas, não concordas não sei, e ele aí dá, dá a última palavra"* (E1); *"o meu pai às vezes gosta de pensar que é ele, mas é a minha mãe (*risos*) ..."* (E22).

Também pode ser o pai que tem a decisão final, *"quem toma decisões é o meu pai e a minha mãe, se bem que pelo meu pai, acho que tem mais ali um ponto que toma mais, claro que a minha mãe também conta, mas acho que impõe mais regras que a minha mãe"* (E6).

O poder de decisão pode recair noutro elemento que não os pais. Em relação à família 13 é afirmado: *"... por incrível que pareça, acho que é a minha irmã, a minha irmã é, é tanto a minha irmã como o meu pai, ou a minha mãe que decidem, eu, eu às vezes não ligo assim muito, nem sei se, se foi o caso da minha irmã (...) ela é que controla aquilo"* (E13); *"por norma cada um dá a sua opinião, mas no fundo, a decisão final é sempre da minha avó"* (E54).

Quadro n.º 24- Distribuição das famílias na categoria Valores e respectivas subcategorias

Valores	Sinceridade	23
	Família	14

Quadro n.º 24- Continuação

Valores	Respeito	13
	Amor	12
	Solidariedade	12
	Saúde	10
	Abertura (interacção com outros)	6
	Futuro	6
	Educação	4

Nos relatos produzidos nas entrevistas, foram identificados valores presentes nas famílias. Uma lista extensa foi construída e não se encontrou indícios de os valores não serem partilhados por todos os elementos da família. A sinceridade foi percebida como um valor, presente em várias famílias: *"...amizade e companheirismo são assim os mais importantes, o meu pai dá muito valor a isso, a minha mãe ... ah e também não pode haver mentira lá em casa, mentiras é que nem pensar senão há castigo de certeza, não, gostamos muito a amizade, pelo menos lá em casa, depois da amizade vem o resto, não é, tudo junto, acho que sim"* (E15).

A família foi igualmente entendida como um valor que é defendido: *"acho que educação com as outras pessoas e respeito e família, acho que em minha casa, pelo menos eu vejo nas outras famílias e mesmo a relação que tenho, os filhos com outros pais e acho que assim o maior, maior, maior, acho que é mesmo a família, lá em casa pelo menos"* (E49).

Em cada família, os valores partilhados podem ser vários e sem estarem hierarquizados: "*tem muitos, mas a gratidão, o respeito, a amizade, claro o amor, mas isso... a solidariedade também, tem tantos, eles incutem-me tantos que eu às vezes já nem sei e também muitas vezes não sei cumpri-los a cem por cento mas... a fidelidade também, muitos"* (E41); *"o apoio entre todos, interajuda, afectividade também, acima de tudo a minha mãe gosta que por pior que seja a notícia, quer que se diga"* (E4).

A saúde foi um valor identificado em algumas famílias: *"é coisa que nunca se pensou e acho que estar saudável é não estar mal (...) não ter dores, estar assim mesmo ... prontos podemos falar de ... de estar saudável fisicamente como psiquicamente, acho que sim, fisicamente é melhor não ter dores e tal e psiquicamente é estar feliz, é, é, é isso estar mesmo bem"* (E22); *"...é um elemento muito importante não é, porque daí vem, vem todo o bem-estar, porque não estar em saúde não é muito bom..."* (E2).

A saúde também pode ser percepcionada como ausência de sinais, sintomas de doença. Refere esta perspectiva, o informante da família 18 ao afirmar: *"...sei lá é não estar doente (*risos*) mas é mesmo, desde que pelo menos aparentemente se não estiver..."*. Ou como um recurso indispensável à vida, *"...mas a minha mãe costuma dizer que em relação à saúde que não há poupanças, não há que amealhar, não é, primeiro está ela"* (E1).

Ainda se identificou a abertura aos outros, como um valor que está presente: *"a liberdade com que podemos falar uns com os outros, o apoio que podemos dar uns aos outros e interessarmo-nos pelos outros, pelos problemas"* (E27).

Igualmente, em seis entrevistas, se reconheceu a orientação para o futuro como algo valorizável: "*acham importante que sejamos sinceros, basicamente o que eles querem prontos, para mim e para o meu irmão, tudo o que eles se esforçam é que a gente tire um curso, um bom curso, basicamente é só isso, neste momento é que na altura em que estamos na escola, que estamos a crescer e é isso, eu já deixei de ser assim uma preocupação grande, mas para o meu irmão é para isso que eles o direccionam, estão-lhe sempre, estão-nos sempre a chatear a cabeça por causa do desemprego e agora quanto o meu pai, como a minha mãe a fábrica deles, trabalham na mesma fábrica mas vai fechar, é por isso, que aquilo vai fechar, e então estão sempre a chatear por causa disso, não para ganhar dinheiro, muito dinheiro não querem que a gente, não nos dizem para a gente trabalhar para ganhar muito dinheiro, mas podermos sustentar uma família se um dia tivermos, ou a nós mesmos"* (E50).

O valor interpretado como presente, num número menor de entrevistas, foi a educação: *"sempre me ensinaram desde pequenina é ser honesta principalmente ser amiga dos outros, educada, muito educada, não sei, coisas desse género, principalmente ouvir os outros, ser humilde, também a minha avó*

insiste muito nisso, diz que deve ser uma das coisas mais importantes na vida de uma pessoa aceitar, aceitar mesmo a perspectiva dos outros, acho que é basicamente isso" (E54).

Quadro n.º 25- Distribuição das famílias na categoria Função socialização, respectivas subcategorias e sub-subcategorias

Função socialização	Papéis	Mãe com as responsabilidades domésticas	38
		Mãe com toda a gestão familiar	6
	Socialização de género		9
	Estabelecer regras		2

A função de socialização é reconhecidamente uma das tarefas da família, mais identificáveis. Nas famílias estudadas, essa tarefa já não está tão presente como estaria nas famílias em outros estádios do ciclo vital. No entanto esta função pode ser lida pelos papéis dos diferentes membros das famílias e o processo de aprendizagem que é desenvolvido, na família, das normas sociais.

Os papéis mais conservadores, da associação de tarefas ao género dos elementos da família, ainda estão relativamente presentes em várias famílias: *" (risos) é, é um bocadinho tradicional..."* (E31); *"...em relação às compras e tudo o que tem a ver mais com coisas, mais com as mulheres, é mesmo a minha mãe, agora a... decisões daquelas grandes mesmo, é mais o meu pai, mas eles fazem as coisas muito em conjunto, mas quando querem a... tomar uma decisão qualquer, fazem as coisas em conjunto"* (E10); "*toda a gente ajuda, o meu pai não muito, também tem três, quatro mulheres em casa não precisa de fazer muita coisa, mas nós ajudamos a nossa mãe"* (E38).

Mas às vezes as circunstâncias fazem com que haja algumas alterações, ainda que transitórias: *"... se a minha mãe trabalhasse e tivesse uma vida (...) que ele fizesse, até porque houve um tempo, em que partiu o braço e o meu pai fazia tudo como uma mulher, estender a roupa, varrer, aspirava, tudo, fazia de comer*

e faz um comer muito bom" (E6). *"Eu vou à peixaria e compro o que quero para casa e pronto e depois é uma coisa que eles achavam engraçado, no supermercado, nós vamos sempre ao mesmo supermercado, não é uma grande superfície e então a minha mãe perguntava " S, não é preciso levar repolho? " por exemplo " então estás a perguntar à tua filha? " pronto, é assim, eu cuido mais portanto"* (E19), que representa uma alteração do papel tradicional, esperado de mãe e de filha.

Também em relação aos papéis masculinos se encontram diferenças, mas com uma menor frequência que os tradicionais: " *por acaso acho que é, não é muita diferença, fazemos praticamente as mesmas coisas e se tiver que limpar o pó e essas coisas, limpo, chamam-me a mim como chama a elas, e ir às compras também vou buscar, é igual"* (E51). Ainda na entrevista 55 pode-se verificar que: "*é assim, se o meu pai tiver que fazer, faz, mas de uma forma geral é a minha mãe que trata dessas coisas, que se preocupa em guardar os papeizinhos, os seguros, essas coisas"*.

Expôs-se a perspectiva dos papéis dos membros mais velhos das famílias. Estas formas de estar influenciam o desenvolvimento da socialização dos descendentes. Apresenta-se o que na entrevista 11 se revela sobre o processo de socialização da filha. *"Quando era mais pequenina, a minha mãe fazia o jantar, o meu pai estava comigo na sala a brincar comigo ah, (...) o meu pai acabava por passar muito mais tempo comigo do que a minha mãe, não é porque a minha mãe não quisesse obviamente, mas porque tinha de fazer o jantar (...) e então havia sempre aquela, havia muito contacto com o meu pai em termos de brincadeira, à noite era ele que me ia contar a história na cama e assim, aquelas coisas de miúda e então ah, ah, acaba por ter o ideal de ser como o meu pai, não quer dizer que, o meu pai era professor, portanto eu queria ser professora e assim, brincava e tal " ai eu quero ser professora, quero, quero, quero " e pronto, quando depois, quando o meu pai faleceu, sinto muito, senti muito a falta dele, não é, porque (...) por mais que a minha mãe tentasse não é, tinha que fazer o jantar, não podia estar ali a fazer miminhos na sala porque era isso que o meu pai fazia, não, tinha que fazer o jantar, tinha de tratar das coisas da casa, tinha que ir trabalhar e pronto, eu acabava por, por me sentir um bocadinho sozinha e tal, então ia para a cozinha ajudar a minha mãe, mas não era aquela coisa, não..."* (E11).

Encontram-se nos dados, indícios de socialização, associada aos papéis atribuídos a cada género, que pode ou não ser reconhecida, pela família: "*...acho que na minha casa é, o meu irmão também tem um problema de asma, ele começou, até ajudava por exemplo, a limpar o pó e isso e depois prejudicava-o e então não pode, por isso, mas não foi só por causa disso, aí ... isso pode ser uma desculpa para às vezes quando, por exemplo, eu às vezes me revolto um bocadinho e digo " oh mãe, eu é que faço tudo e ele não faz nada " e há essa desculpa, mas é desculpa e ele poderia fazer outras actividades e não faz. Em casa é mais a rapariga, faz mais porque é rapariga (...) não ...é ...é ela não... acho que ela não ...é involuntário porque se lhe perguntarmos ela diz " não, eu acho que tanto um homem tem que fazer as mesmas coisas que a mulher e não sei o quê, então quando casares ", mas o que acontece é mais isto, se ela precisar de alguma coisa ela vem-me chamar a mim e não vai... e vai-me cobrar a mim"* (E3).

A função da família de socialização também passa por estabelecer regras claras e em duas famílias foi o aspecto que mais se salientava: *"o meu pai por exemplo não admite mau comportamento, na escola nunca tive, o meu pai nunca admitia que se levasse uma nota com mau comportamento, nem eu nem o meu irmão, faltar às aulas e essas coisas"* (E29); *"...eu acho que até nascem com uma certa aptidão, pelo menos para determinadas situações, pelo menos a honestidade, a sinceridade e a rectidão de carácter é uma coisa que é sempre importante ensinar desde pequenos, porque amar os miúdos não quer dizer que se lhe dê tudo e que lhes deixe fazer tudo, convém impor alguma disciplina pelo menos"* (E9).

Quadro n.º 26- Distribuição das famílias na categoria Função afectiva e respectivas subcategorias

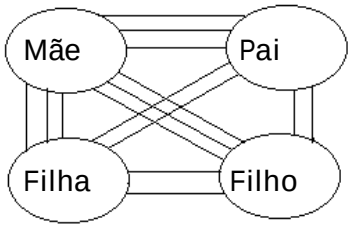
Função afectiva	Maior proximidade dos descendentes com a mãe	26
	Igual proximidade entre todos os membros	9
	Proximidade diversa entre os membros	20

A construção dos diagramas de proximidade, durante as entrevistas possibilitou a clarificação dos laços entre os membros da família, contribuindo para esclarecer a função afectiva das famílias.

Nos momentos do desenho dos diagramas, em algumas entrevistas, os informantes referiram que estava explicitado mais a proximidade, do que o afecto. Apresenta-se o registo da entrevista 55 que explica esse embaraço: *" bem, talvez por ser mulher, eu tenho uma relação mais próxima com a minha mãe, do que tenho com o meu pai, mas isto não significa que eu me dê melhor com um do que com o outro e se calhar ficava 3 entre a minha mãe e eu e 2 entre mim e o meu pai"* (F55).

A figura n.º1 representa o diagrama de proximidade construído com o informante da família 3: *"acho que sim, não quer dizer que eu não goste tanto de um como do outro, mas na relação estou mais próxima com a minha mãe."*

Figura n.º 1 – Diagrama de proximidade da família 3



Em algumas entrevistas foi assumido que o afecto entre os membros era igual, a proximidade é que era ligeiramente diferente. Essa diferença também pode ter uma outra perspectiva, atente-se ao referido na entrevista 42: *" não sei, eu não sei se é natural os filhos darem-se com as mães e as filhas com os pais, mas eu pelo menos, dou-me mais com a minha mãe, com o meu pai é mais em termos de respeito e isso tudo"*. Ou o mencionado pelo informante da família 26, *"deve ser por ser mãe mesmo, as mães acho que são sempre mais próximas, porque pronto, é próprio"*.

Os excertos apresentados, fazem parte das vinte seis entrevistas onde o desenho do diagrama de proximidade evidenciou uma maior proximidade dos descendentes com a mãe. Mas, em nove entrevistas, desenhou-se igual proximidade, entre todos os elementos. Nos restantes diagramas construídos

com os informantes, os laços de proximidade entre os vários elementos das famílias eram diversos, sendo uns mais com o pai ou maior entre irmãos ou com diferentes posicionamentos de proximidade, entre os descendentes e os pais.

Em nenhuma, das entrevistas realizadas, se manifestou a possibilidade de existirem linhas de união, entre os membros das famílias, representativas de laços de conflito manifesto ou indiferença. Os pequenos atritos não alteram o afecto na família, *"nós temos aquelas discussões normais de irmãos, mas quando qualquer problema que afecta um ou outro..."*, de acordo com o testemunho expresso na entrevista 47.

No entanto, a proximidade entre os membros das famílias não é sempre igual. Ocorrem mudanças, como se pode verificar no relato sobre a família 9: *"a minha irmã neste momento posso dizer que é minha irmã e minha amiga, logo, logo de início... sempre foi, mas houve uma altura muito complicada, mas neste momento a minha irmã é minha amiga"*. Em suma, pode existir uma maior ou menor proximidade entre os membros da família, mas também é reconhecido que *"está uma boa família"*, como foi afirmado pela informante da família 41, no momento em que se concluiu a construção do diagrama de proximidade.

A família, para além de ser uma fonte de afecto, desenvolve outros cuidados de protecção para com os seus membros. Uma grande abrangência de actividades da família pode ser integrada dentro da perspectiva da função de cuidar a saúde.

Quadro n.º 27- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Prestar cuidados) e sub-subcategorias

Função cuidar a saúde	Prestar cuidados	Providenciados pela mãe	39
		Providenciados pelo pai	2
		Providenciados por ambos os pais	2
		Providenciados pela filha	5
		Providenciados por qualquer elemento	7

Quando há um elemento da família doente, o mais frequente é ser a mãe a assumir os cuidados necessários. Refere-se na entrevista 48 que *"se for durante a noite é sempre o meu pai ou, ou a minha mãe, se for connosco porque se chamamos logo pela mãe, não chamamos pelo pai, chamamos logo pela mãe apesar de se chamarmos pelo pai ele ouvir logo e depois ele chama pela minha mãe e a mãe é que vem"*. Também se encontra a mesma perspectiva na entrevista 4: *"acho que quando estou doente é sempre a minha mãe, ou quando a minha mãe está doente sou eu, o meu irmão afasta-se um bocado"* (E4).

Há, no entanto, famílias em que é o pai que concretiza o papel de cuidador: *"é, por acaso o meu pai gosta de fazer, quando a minha mãe está doente é ele que faz tipo, põe bagaço e depois põe coisinha assim ou então faz uns chás, acho que é eucalipto, faz assim umas coisas para dar aquele vapor e então vai tudo a coisas naturais e faz essas coisas todas"* (E39).

Foi identificado, igualmente, que o papel de cuidador pode ser desempenhado por ambos os progenitores: *"eu não me lembro de ver assim os meus pais doentes que precisassem que eu lhes fizesse isso mas quando eu ou o meu irmão estamos doentes eles iam ambos, vêm não sei quantas vezes ter connosco, "então estás melhor?", agora é um bocado diferente comigo, mas com o meu irmão continua a ser a mesma coisa, ainda bem"* (E41).

Mas, outros elementos da família podem providenciar cuidados, como as filhas: *"sou eu, sempre, sempre, sempre fui, eu quando era pequenina andava com a malinha, a passar receitas às pessoas e a dizer"tens que fazer isto e isto e isto", sempre, desde pequenina"* (E37); *"com a alimentação, estou sempre a resmungar " oh mãe, não faças isso que faz mal àquilo " e não sei quê, não sei que mais e a minha mãe " é só uma vez " e eu " não mãe, não faças, a sério ", sou mais certinha lá em casa, mas todos temos cuidados porque acho que são precisos"* (E15).

Em outras famílias os cuidados são assumidos por mais do que um membro: *"é assim, se for, eu acho que é preciso... um bocadinho geral, se for eu, apaparicam-me os dois, a minha mãe traz a comida ao quarto, o meu pai vai para lá e deita-se à minha beira, em termos de tratar de fazer o papel de uma enfermeira é a minha mãe, mas o meu pai dá aquele papariquinho " vá lá " e mais não sei o quê, quando é a minha mãe que está doente somos os dois, se é o meu pai sou eu que apaparico e a minha mãe trata dele, quando é comigo*

apaparicam e tratam-me os dois ao mesmo tempo, mas normalmente rodamos um bocadinho" (E16).

Quadro n.º 28- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Exercício físico) e sub-subcategorias

Função cuidar a saúde	Exercício físico	Todos os elementos	4
		Alguns elementos	30

Em quatro famílias a prática de exercício físico está presente em todos os membros: *"eu pratico natação, (...) dois dias por semana mas agora mudou, vou ver os horários (...) a minha mãe pratica ginástica (...) e a minha irmã também anda na natação comigo"* (E17).

No entanto, nas entrevistas, o que se identifica como mais comum, é a expressão de nem todos os elementos das famílias realizarem exercício físico de forma regular: *"às vezes preguiça porque fazer desporto cansa (...) ai, o meu irmão faz muito mesmo, a minha irmã foi ballet, o meu pai e a minha mãe não, a minha mãe só se preocupa, de vez em quando, andar um bocadinho a pé que faz falta"* (E6). Em algumas entrevistas a razão apresentada, para a não realização de exercício físico, é a falta de tempo ou a actividade profissional ser já exigente, em termos físicos: *"o meu pai caminha muito durante o dia (...) por isso já lhe chega, a minha mãe é por falta de tempo"* (E44).

Mas a prática do exercício físico, é uma preocupação que está presente nas famílias: *"a minha mãe é que me convenceu a ir para a aeróbica, ah, agora eu acho, vou, eu acho que vou ser quase obrigada a parar porque não tenho horário fixo nem nada disso, ah, o irmão mais velho, ele faz futebol todas as semanas com amigos e isso tudo e o mais novo também pertence ao clube de futebol da M."* (E10); *"em Outubro voltei para fazer musculação, cardio fitness duas vezes por semana e uma de hidroginástica com a minha mãe, que a minha mãe também começou a ir comigo e prontos, já tenho algum cromo de ir para o ginásio já, já temos as duas lá, é porque ir para o ginásio para mim sozinha é muito chato, depois na piscina uma pessoa vai-se distraindo sozinha e tal, agora estar sozinha no ginásio..."* (E22).

Quadro n.º 29- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Alimentação) e sub-subcategorias

Função cuidar a saúde	Alimentação	Equilibrada	50
		Não equilibrada	5

Uma actividade familiar, dentro da função cuidar a saúde, que tem grande relevância, é a alimentação. Em cinquenta famílias, os relatos dos informantes indicam que a alimentação da sua família é equilibrada: *"mas acho que a comida da minha mãe é muito boa, acho que sim, acho que é saudável"* (E34). As famílias tendem a que as escolhas de comida sejam equilibradas: *"comemos mais carne a... mas também comemos peixe, muito de longe a longe comemos daquelas comidas pesadas, muito de longe a longe, tipo feijoada e cozido, isso é de muito longe a longe, normalmente é sempre um arroz de qualquer, ou de ervilhas ou de hortaliça ou assim sempre, com costeletas, febras, bifes, sei lá basicamente é isso, depois temos o peixe, a minha mãe às vezes frita mas isso é raramente por causa das gorduras, mas normalmente é cozido"* (E21).

No sentido de uma alimentação saudável, é referido na quase totalidade das entrevistas, uma mesma preocupação em relação às formas de confeccionar os alimentos: *"prontos, comida normal sei lá, fritos não, lá em casa não entram"* (E1). Noutra entrevista é mencionado que tem havido alterações: *"fritos não se faz (...) não, não sei, nós comíamos muito, eu lembro-me que quando estava na outra casa comíamos várias vezes, depois a minha mãe achou que fazia mal e tal e começamos a evitar e agora não comemos, a não ser ovos"* (E3).

Em relação às proteínas que são integradas nas principais refeições, baseiam-se essencialmente na carne: *"pois, acho que sim, comemos até... a minha mãe, apesar de me obrigar a comer peixe, basicamente faz, geralmente duas, três por semana, mas no fundo acaba-se por comer mais carne"* (E5). Ou, uma questão de gosto, pois como se refere na entrevista 22, *"mais carne, mais carne, porque é como eu e o meu pai dizemos, peixe não puxa carroças"*.

As razões podem passar pela maior dificuldade de arranjar peixe ou o maior tempo que pode levar a confeccionar: *" (...) um dia alternamos com arroz, com massa, carne grelhada, peixe quando, pronto quando dá porque a minha*

mãe, por exemplo, na hora de almoço não dá, é só mesmo se for buscar porque não tem tempo e peixe é uma coisa que não é tão prático como a carne mas assim é tudo, tentamos fazer uma alimentação o mais equilibrada possível" (E46).

Um prato que está presente num grande número de famílias é a sopa, todavia há formas diversas de encarar a sua ingestão. Na entrevista 16 é afirmado: *"no verão não, no verão a minha mãe não costuma fazer sopa, mas no Inverno ela tenta fazer sempre porque o meu pai também precisa de comer não é, depois a minha mãe tenta fazer, só que faz mesmo uma sopa só de hortaliça, não põe batata, faz mesmo só com hortaliça e então de vez em quando intercalamos"* (E16).

Em várias famílias a sopa é só numa refeição: *"é sopa, é um hábito sempre, (...) ao jantar nem tanto, depende das horas que uma pessoa sai de casa, fazemos uma refeição mais leve porque como é, temos de nos deitar muito cedo, pronto, para não ficarmos muitos cheios, fazemos uma refeição mais leve, mas ao almoço a sopa está sempre presente"* (E26); *"o meu irmão come sempre, eu nem sempre, mas porque quando janto em casa, quando como é jantar e então ao jantar não quero comer muito e então prefiro comer só o prato"* (E41).

A ingestão de legumes é feita essencialmente na sopa, *"legumes, é tudo, feijão, cavaca a..., é legumes, é aquela sopa, prontos"* (E32). Em muitas famílias, os mais jovens têm alguma relutância em comer saladas, legumes, fruta: *"salada até não costumamos comer muito e quando se come são eles os três porque eu não gosto e fruta, a minha mãe tenta dar-nos aos três e comer também ela, mas eu e o meu irmão não"* (E44).

Para acompanhar as refeições em muitas famílias, os seus elementos bebem água: *"em casa bebemos água, só se for algum dia especial e bebemos sumos, os meus pais também, sei lá às vezes ao fim-de-semana bebem, bebem vinho. Em casa da minha avó muitas vezes bebo sumo porque a minha avó, pronto, gosta de ter para mim lá"* (E3); *" também depende do que houver no frigorífico, por vezes coca-cola, sumos mas no último caso bebemos água, também não há qualquer problema, com excepção do meu pai que gosta de beber vinho"* (E23).

O elemento das famílias que com mais frequência é referido, ser responsável pela decisão sobre o que a família come e igualmente responsável

pela confecção dos alimentos, é a mãe. Assume assim, um papel preponderante na função cuidar a saúde da família: *"durante a semana é perfeita porque a minha mãe faz sempre alternado um prato de carne, um prato de peixe, em relação a mim e à minha irmã é muito controladora porque nós temos as duas muito apetite e ela não deixa assim comer muito, assim em demasia..."* (E7). Também de algumas entrevista transparece o cuidado dos progenitores com a obesidade juvenil (E7).

Quadro n.º 30- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Higiene oral) e sub-subcategorias

Função cuidar a saúde	Higiene oral	Todos os elementos da família ≥ 2x/dia	53
		Alguns elementos da família ≥5x/dia	2

Em todas as entrevistas, é referido que os hábitos de higiene oral estão presentes na totalidade dos elementos das famílias: *"lavar os dentes de manhã e à noite e ao meio dia, quando estamos em casa"* (E11); *"normalmente é duas vezes por dia, de manhã e à noite, eu é como estou em casa mais vezes, lavo mais vezes os dentes"* (E14).

No entanto, em duas famílias, os informantes afirmaram que há elementos que ultrapassam a média familiar de higienização dos dentes: *"eu não consigo tomar o pequeno-almoço sem antes lavar os dentes, sei lá quando acordo sinto qualquer coisa na boca e pimba, lavo os dentes antes do pequeno-almoço, lavo os dentes depois do pequeno almoço, lavo os dentes à hora do almoço, se lanchar de tarde volto a lavar os dentes e depois não sei... faz, faz-me muita confusão comer e não lavar os dentes, faz-me mesmo muita confusão"* (E16).

Numa outra família, em que alguns dos elementos tiveram de utilizar um aparelho de correcção dentário, refere-se às vezes serem até exagerados no número de vezes que lavam os dentes. *"...Eu e a minha irmã é que como usamos aparelho, andamos sempre atrás, sempre que temos outro tipo de hábitos, sempre que comemos alguma coisa vamos lavar os dentes, mesmo depois de tirar o aparelho é sempre inato, é inato..."* (E9).

Quadro n.º 31- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Hábitos de sono) e sub-subcategorias

Função cuidar a saúde	Hábitos de sono	Sem dificuldade	47
		Com dificuldade - mãe	8

Perceber os hábitos de sono que estão presentes na família também ajuda a construir a perspectiva sobre como a função de cuidar a saúde se concretiza.

Em muitas famílias os seus elementos deitam-se praticamente à mesma hora, isso é mais comum em tempo de actividades escolares: *"eu agora tenho de começar a deitar mais cedo por causa das aulas, mas eu já de mim, normalmente não aguento também estar muito tempo acordada"* (29); *"...às vezes, geralmente cedo, relativamente cedo porque a minha mãe gosta de se deitar cedo e o meu pai também e então vamos sempre todos para a cama, porque ficamos sempre a ver televisão na sala, ficamos todos e depois quando vai, às vezes, uma vez ou outra podemos ficar a ver uma coisa ou outra, mas geralmente é à mesma hora"* (E5).

No entanto, também se identificou que os horários de dormir nem sempre são coincidentes, entre todos os membros da família: *"a minha mãe tem um relógio, ela, ela todos os dias acorda às 7 horas, todos os dias acorda a essa hora seja fim-de-semana, semana, acorda sempre a essa hora, o meu pai dorme tudo ao contrário de nós e eu acho que sou normal, eu durmo, eu deito-me, por acaso ando agora muito cansada desde que vim para aqui, eu deito-me às 10 horas e acordo às 8 horas"* (E39).

Identificam-se dificuldades em dormir, em alguns elementos das famílias: *"a minha mãe não dorme bem, não dorme mesmo bem, eu durmo muito bem, mas a minha mãe não, tem que tomar mesmo comprimidos para dormir, porque não dorme mesmo"* (E26); *"a minha mãe às vezes tem dificuldades, já por isso é que normalmente vai, vai mais tarde e também anda a ser acompanhada porque teve recentemente uma depressão e por isso tem algumas dificuldades em dormir"* (E54). Curiosamente nas entrevistas as insónias foram apenas referidas aos elementos femininos (mãe).

Quadro n.º 32- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Comportamentos aditivos) e sub-subcategorias

Função cuidar a saúde	Comportamentos aditivos	Tabaco	7
		Vinho	21
		Tabaco + vinho	14

O tabaco foi o único comportamento aditivo assumido: *"...é, o meu pai fuma, eu nem tanto, eu também quero deixar de fumar, mas o meu pai fuma, por acaso uma vez, um dia destes, há pouco tempo perguntei-lhe, ele virou-se para mim e foi assim " ah, eu ando a fumar pouco " eu fui assim " andas a fumar porquê, fumas muito " " tem dias que fumo dois maços " e eu " estás a brincar " e ele " não olha, trabalho e não sei o quê " e eu fiquei assim a olhar..."* (E21)

O respeito e talvez o medo, dos elementos mais jovens pelos membros mais velhos da família faz com que escondam os hábitos tabágicos. Parece tacitamente ser aceite por toda a família uma "ignorância" relativamente a estes hábitos, talvez por razões culturais, porém não facilitadora duma cessação tabágica: *"eu não fumo à frente deles, nunca fumei à frente deles, mas acho que sabem, não sei, nunca confrontei com a situação, nunca me disseram nada porque eles também o fizeram quando eram novos, portanto não sei"* (E50).

Numa família já se iniciou o caminho (com ajuda de profissionais de saúde) para ficar liberta do tabaco pois: *"eu sou ex-fumadora, deixei de fumar em Outubro, fumei durante cinco anos, o meu irmão fuma e a minha mãe também (...) a minha mãe agora fuma menos, teve umas reuniões no centro de saúde para deixar de fumar, agora fuma só quatro a cinco por dia, o meu irmão fuma muito sempre"* (E4).

Há vários elementos das famílias que bebem álcool, mas às refeições e eventualmente numa festividade. *"A minha mãe não gosta de bebidas, o meu pai aprecia, gosta de vinho e assim, toma um B de vez em quando, mais ao fim de semana que eles bebem assim, porque almoçam mais tarde, têm mais tempo"* (E12). Não há relato de ingestão de bebidas brancas, nomeadamente por parte dos jovens. No geral, o reportado, é serem os pais a beber vinho, como se afirma

na entrevista 24 *"...não, só vinho e só às refeições"*. Não foram identificados afirmações de hábitos alcoólicos exagerados.

Praticamente em todas as habitações existe uma pequena farmácia, com material de pensos, alguns analgésicos e outra medicação indicada como tendo sido prescrita. Afirma-se por exemplo na entrevista 16: *"...desse tipo, guardamos medicação na farmácia em termos de B.*[analgésico]*, tintura de iodo, ligaduras, sais, pomadas para queimaduras, temos lá um bocadinho de tudo, para dor de cabeça, para dores menstruais, temos lá um bocadinho de tudo"* (E16).

Quadro n.º 33- Distribuição das famílias na categoria Função cuidar a saúde, subcategoria (Opinião sobre serviços de saúde) e sub-subcategorias

Função cuidar a saúde	Opinião sobre serviços de saúde	Favorável	18
		Desfavorável	21

Os informantes emitiram algumas opiniões das famílias, sobre os serviços de saúde. Há as famílias que consideram correcto o serviço prestado. Afirma-se na entrevista 8: *"sei que há pessoas que se queixam muito mesmo, mas eu pessoalmente e a minha mãe também, não temos razão de queixa"*. Este informante referia-se ao atendimento no centro de saúde. Noutra entrevista encontra-se uma opinião diferente, *"a última vez que fui ao centro de saúde não foi assim muito bem atendida parecia que o médico não estava nem sequer a ver que eu estava lá"* (E14).

Mas também na entrevista 37 há uma opinião favorável, neste caso referente a uma experiência hospitalar: "*já tive, sempre experiências muito positivas, uma vez tive uma gastroenterite, não parava de vomitar e fui para o hospital e tive uma enfermeira fantástica que falou muito comigo, era maravilhosa"* (E37).

Na entrevista 20 consegue-se perceber que o problema da atenção no atendimento não se restringe aos profissionais de saúde. *"Eu digo que são os idosos porque os novos respondem está a perceber, é do estilo " você sabe " é assim, são muito ríspidos e depois não têm posição nenhuma, há lá um*

empregado que não, eu sou sincera não posso ver pessoas a fumar à beira de pessoas doentes, acho que aquilo é uma falta de respeito e ele está lá sempre de cigarro, se as pessoas lhe pedem ele responde assim um bocado, muito mal mesmo, acho que não tem capacidade para falar com as pessoas idosas, é assim deviam ser mais compreensivos sabe, pessoas idosas não compreendem as coisas logo, nem eles compreendem às vezes, se a gente lhes falar coisas mais técnicas eles " ah " (risos), vê-se que não compreendem, são muito ríspidos" (E20).

"...há bons e maus profissionais e acho que temos lá um bocadinho de tudo, tanto temos funcionários simpáticos com as pessoas, tentam ser agradáveis não é, como pessoas que não sei se deviam mesmo ser médicos, enfermeiros". É de salientar que alguns relatos da experiência das famílias, em relação a este aspecto, representa mais o que os elementos da família ouvem de outros utilizadores dos serviços, do que experiências pessoais. Tal depreende-se da afirmação do informante da família 14: *"eu não sei bem mas é aquilo que eu ouço as minhas vizinhas contarem e quando vão ao centro de saúde perdem lá imenso tempo, precisam às vezes uma manhã inteira à espera de uma consulta"*.

Das entrevistas verifica-se que a satisfação com os serviços de saúde é variável, não dependendo apenas dos profissionais de saúde de prestação de cuidados directos, mas também de outros profissionais que estão na recepção ou na vigilância. O fluxo dos doentes entre o centro de saúde e os hospitais também influencia a opinião dos doentes.

A título de ilustração pode-se recorrer às afirmações do entrevistado da família 16 pois afirma *"...pensamos que esta metodologia de ir primeiro ao centro de saúde e depois se necessário encaminhar para o hospital é muito boa, embora o centro de saúde da nossa área não é assim aquela coisa (...) o centro de saúde abre às tantas horas e então o médico é às tantas horas, se for preciso uma hora depois ainda não estão lá, pronto e depois há sempre aquela antipatia do pessoal, dos funcionários, mas em termos de prestação de serviços que me dão a mim, a minha médica é fabulosa, é excelente"* (E16). A contestação, no que respeita à prestação de cuidados e ao médico, está mais relacionada com a pontualidade do que com a relação médico - doente.

Uma última afirmação importa apresentar, relacionada com este aspecto da opinião sobre os serviços de saúde, pois refere-se a uma perspectiva sobre a organização de alguns centros de saúde por equipas e que recentemente tem

expressão nas unidades de saúde familiar. Essa afirmação é realizada pelo elemento da família 41 "*mas agora dizem que há enfermeiros que são relacionados com os médicos e então só estão lá no horário dos médicos. Se as pessoas precisarem de alguma coisa eles não estão e não atendem, e os outros não atendem essas pessoas e às vezes é complicado e muita gente diz mal daquilo, compreende-se de certa forma"* (E41).

Quadro n.º 34- Distribuição das famílias na categoria Estratégias resolução problemas e respectivas subcategorias

Estratégias resolução problemas	Partilhada	Por todos	31
		Por alguns	9
	Isoladamente		15

As famílias têm formas diversas de lidar com as situações de conflito. Por isso utilizam diferentes estratégias de resolução de problemas. Essa diferença é assumida várias vezes como sendo uma característica de um ou outro membro e não geral a toda família. Assim, há famílias que assumidamente partilham os problemas: *"depende também do tipo de problema, mas normalmente quando há assim alguma questão mais complicada nós conversamos todos juntos, a tentar resolver"* (E12).

Também há famílias em que é os pais que tentam resolver as situações e eventualmente dizem aos filhos quando o problema está solucionado. Afirma-se na entrevista 21: *"...quando os problemas se referem a nós, mas há sempre coisas que os meus pais nunca falam connosco, porque o meu pai, interessa-nos saber, sei lá, questões económicas fazemos parte da família mas é, eles falam entre eles e se têm algum problema é entre eles porque eu não dou, nós também não temos que saber tudo não é, claro que nós sabemos e apercebemo-nos mas eles não têm que nos dizer e evitam falar dos assuntos que para nós não nos interessam porque é menos um problema..."* (E21).

Há assim assuntos que são apenas partilhados dentro do subsistema conjugal, mas há famílias onde a partilha de informação é total ou ainda outras em que a comunicação é insuficiente no subsistema fraternal.

Em algumas famílias são os filhos que tendo problemas, tentam resolver sozinhos, sem os partilhar com os pais: *"...normalmente eles falam, explicam logo tudo, tenta-se arranjar uma solução em conjunto, mas eu não, normalmente fecho-me assim, isolo-me um bocado e tento resolver tudo, só quando já sei que não consigo mesmo é que (...) é e os meus pais queixam-se acerca disso, dizem que eu fecho-me muito, que eles são os meus pais, podem-me ajudar, mas eu não consigo..."* (E14).

A existência de problemas não partilhados parece criar um clima de alguma insegurança dentro da família. Atente-se ao que é referido na entrevista 40: *"o meu irmão é um bocado mais fechado do que eu mas nota-se logo que ele está diferente, nota-se na cara e na maneira como ele reage nota-se logo (...) a minha mãe já só pergunta "olha tu está, tu está aí, uma pessoa não tem culpa que estás chateado e descontes por cima de nós não é" mas não é só a mim, não é, também é aos meus pais, podia ser só à irmã não é, mas não, é a toda a gente e pronto nota-se logo " ai não", não quer contar pronto, só mesmo é quando está mesmo desesperado, entre aspas é que ele conta"* (E40).

Sintetizando os aspectos mais relevantes da interacção familiar interna percebe-se que todas as famílias têm a sua história e que algumas a valorizam. A comunicação geralmente é aberta e os valores presentes são partilhados por toda a família. A tomada de decisão em muitas famílias está nos pais. A função de socialização da família concretiza-se essencialmente sobre os membros mais novos. Os papéis presentes são relativamente tradicionais. Há proximidade e afeição entre os membros. Os cuidados de saúde são usualmente assumidos pela mãe que apresenta preocupações com a qualidade da comida e refeições. Existe partilha frequente das refeições e alguns momentos de prática de exercício físico também em conjunto (em algumas famílias). A necessidade de repouso, sono e os hábitos de higiene oral estão assumidos por todos, em muitas famílias. Há uma baixa incidência de comportamentos aditivos, com famílias em que alguns elementos fumam. As estratégias de resolução de problemas passam, em muitas famílias, pela partilha e procura de soluções em conjunto.

Esta é a análise dos resultados realizada referente à dimensão "Visão longitudinal das famílias" com a apresentação dos dados relativos à forma como cada informante percepciona a experiência da sua família. Esta dimensão foi estruturada por dois domínios que se constituíram na interacção familiar externa e interna. Estes domínios integram as diferentes categorias apresentadas.

5.3. – FOCOS DE ENFERMAGEM

A assistência ao indivíduo, realizada pelo profissional de saúde, desenvolve-se usualmente, a partir da identificação de problemas ou características que essa pessoa apresenta. Aplicando esta perspectiva à família, à enfermagem e às relações terapêuticas que se possam desenvolver, as mesmas acontecem tendo, muitas vezes por base, os problemas identificados.

Este subcapítulo aborda os focos, áreas de atenção relevantes para a enfermagem, que a análise dos dados, colhidos através dos informantes das cinquenta e cinco famílias, revelou. Tendo presente que o âmago deste estudo é a percepção da diversidade, não foi possível deixar de clarificar em quantas famílias se interpretava a existência dos focos, pelo que a quantificação foi inevitável.

Os focos identificados (categorias) são apresentados recorrendo à linguagem CIPE versão1.0, cuja definição se pode encontrar no anexo 6. São utilizados igualmente termos para qualificar os focos quando pela análise dos dados se interpreta a existência de indícios que permitem avançar para a identificação dos problemas. O significado desses termos qualificadores dos focos encontra-se no mesmo anexo, bem como os códigos das entrevistas que integram as unidades de análise consideradas.

Quadro n.º 35- Categorias e subcategorias da dimensão – Focos de Enfermagem

Categorias	**Subcategorias**
Aceitação	Gerir e controlar sentimentos de preocupação e tensão.

Quadro n.º 35- (Continuação)

Adaptação	Gerir novas situações e desafios.
Apego	Vínculo
Apoio social	Aceitar e receber ajuda de outros
Barreira à comunicação	Obstrução à troca de pensamentos, informações.
Bem-estar físico	Imagem mental de estar em boas condições físicas.
Bem-estar psicológico	Imagem mental de estar em boas condições psicológicas.
Comportamento assertivo	Expressão apropriada dos direitos pessoais, pensamentos, crenças e sentimentos.
Comportamento de procura de saúde	Gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde.
Comportamento interactivo	Acções recíprocas.
Comunicação	Com dificuldades.
Divertir-se	Actividades com o objectivo de se entreter, recrear, estimular e relaxar
Fazer exercício	Realizar actividade física.
Isolamento social	Contacto social diminuído
Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos	Número refeições.
	Quantidade e qualidade de alimentos.
	Quantidade e qualidade de líquidos.
	Confecção de alimentos.
Participação	Partilhar actividades em sociedade.

Quadro n.º 35- (Continuação)

Processo familiar	Interacções menos positivas entre os membros da família.
	Padrões de relacionamento entre os membros da família.
Rendimento familiar	Salários, dividendos ou outros recursos.
Satisfação conjugal	Emoções gratificantes ou apoio entre casais de uma família.
Tomar conta	Providenciar cuidados.
Uso de tabaco	Prática habitual de fumar tabaco em cigarros.

No quadro n.º 35, as categorias estão apresentadas por ordem alfabética, mas a explicitação das unidades de análise terá uma sequência de acordo com a relevância com que cada categoria sobressaiu na população estudada.

Quadro n.º 36- Distribuição das famílias na categoria Uso de tabaco, respectiva subcategoria e termo qualificador

Uso de tabaco	Prática habitual de fumar tabaco em cigarros.	Actual	21

Não se consegue deixar de realçar que o uso de tabaco (actual) é uma realidade presente em vinte e uma famílias. Em nenhuma das famílias abrange a totalidade dos elementos. Como já foi referido a existência de elementos na família que fumam tabaco é considerada por elementos da família como um problema: "*ele sabe que o médico o proibiu de fumar e ele teve que reduzir e ele sabe disso, só que não o faz, não é*" (E1). Em algumas famílias já se iniciou um processo de resolução: "*agora anda a tentar deixar de fumar porque anda aflito dos brônquios porque ele tem bronquite asmática*" (E34); "*o meu pai fuma, ele agora até queria ir à farmácia comprar um medicamento para deixar de fumar*" (E39).

Há, no entanto, famílias que apesar do problema ser assumido como actual, ainda não está manifesta a intenção de o resolver. Nestas famílias, as estratégias encontradas para limitar as consequências ou amplitude do problema, passam pelo elemento que fuma não o fazer na presença dos outros, pela delimitação dos locais de fumo ou pela decisão de não se fumar dentro de casa: "*dentro de casa não, em casa nem pode porque ninguém, eu pessoalmente não aguento mesmo o fumo e a minha mãe e então ele vai fumar para o quintal ou fora de casa"* (E30).

Quadro n.º 37- Distribuição das famílias na categoria Processo familiar, respectivas subcategorias e termos qualificadores

Processo familiar	Interacções menos positivas entre os membros da família.	Comprometido	6
	Padrões de relacionamento entre os membros da família.	Diminuído	9

O processo familiar é também uma área de atenção que está inerente à existência da família. Lendo esse processo como as interacções dos elementos da família e os seus padrões de relacionamento, percebe-se que em algumas famílias há interacções que não são sentidas como positivas, há dificuldades no relacionamento: *"a relação entre o meu pai e o meu irmão não é muito boa (...) deixou de ter controlo sobre ele, nunca teve e como são feitios parecidos chocam-se imenso"* (E34). Por isso, percebe-se que o processo familiar se encontra comprometido.

Em algumas famílias o processo familiar, "*também é por fases (...) trabalhamos assim mais, o meu irmão é assim um bocado protegido e não trabalha muito, não faz muito"* (E7), ainda que entendido como não tendo dificuldades, poderá ser melhorado e aí o diagnóstico já não ser de comprometido mas de processo familiar diminuído; "a*té porque o meu pai é uma pessoa que não..., é muito chegada p'ra si própria e não conversa muito com nós, e mesmo com a minha mãe, é muito fechado, é da natureza dele, e a gente tem de se habituar"* (E1). Mais uma vez a comunicação está na base de uma diminuição da intensidade do processo familiar.

Quadro n.º 38- Distribuição das famílias na categoria Comunicação, respectiva subcategoria e termo qualificador

Comunicação	Com dificuldades	Comprometida	14

Já no subcapítulo anterior se apresentaram alguns excertos, do discurso sobre as famílias que possibilitam a identificação das características comunicacionais. Em dezanove famílias foi percebido existir alguma limitação na comunicação ou não estar patente uma comunicação aberta e espontânea.

Assim, se nessas famílias, alguns elementos podem considerar isso natural, outros elementos transmitem algum mal-estar por a comunicação não ser a mais conseguida, *"o meu irmão é muito calado, nem, nem, nem fala assim muito, mas isso é já dele (...) é muito reservado e neste momento está assim com toda a família, está um bocado anti-social (...) nós notamos a diferença"* (E7).

Em catorze famílias, alguns dos seus elementos limitam o conteúdo e as oportunidades de comunicação, mostrando que possa existir nessas famílias uma comunicação comprometida: *"deve ser por causa da idade, da idade, tenho conversas com ele, sei lá desmanchos e etc, que não tenho com os meus pais, por isso é que eu digo..."* (E20); *"mas eu não, sou mais reservada, mesmo nessa... a gente tem as nossas coisas, nem sempre podemos contar aos nossos pais, não é?"* (E50).

Quadro n.º 39- Distribuição das famílias na categoria Comportamento de procura de saúde, respectiva subcategoria e termo qualificador

Comportamento de procura de saúde	Gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde.	Comprometido	11

O comportamento de procura de saúde está presente em todas as famílias. A partir desta área de atenção podem-se construir dois diagnósticos de enfermagem: comportamento de procura de saúde actual e comportamento de procura de saúde comprometido. "*Depende, às vezes temos a consulta de rotina,*

é, ou quando estamos doentes (...) é para os quatro porque também, pronto agora os meus pais estão numa idade que têm de começar não é, fazem sempre aqueles exames e vem, tem de ir à ginecologista" (E5).

O segundo diagnóstico de enfermagem identifica-se em onze famílias, pois percebe-se não existir uma opção pela vigilância de saúde, "*só vão ao médico mesmo assim naquele último caso de urgência quando estão mal e mesmo assim o meu pai é preciso tipo como aos meninos pequeninos quase dar uma sapatada"* (E22) e uma não valorização de sinais e sintomas: "*mas com ela também é um bocado descuidada, queixa-se muito, não sei o quê dos ossos, mas aquilo há-de passar"* (E19).

Quadro n.º 40- Distribuição das famílias na categoria Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos, respectivas subcategorias e termo qualificador

Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos	Número refeições	Comprometido	1
	Quantidade e qualidade de alimentos		2
	Quantidade e qualidade de líquidos		1
	Confecção de alimentos		1

Em alguns elementos de cinco famílias, apesar das referências expressas nas entrevistas apontarem para que a alimentação que as famílias realizam ser geralmente equilibrada, aparecerem práticas que comprometem o padrão alimentar, desejavelmente equilibrado: *"não como nada, normalmente porque de manhã ainda não me está a apetecer"* (E 4); *"a única pessoa que come mal é o meu irmão"* (E7); *"o meu pai três vezes por semana almoça em casa e depois tem que almoçar fora com uns clientes e aí é que estraga tudo outra vez"* (E7).

Foi igualmente referenciado que há elementos na família com um peso superior ao desejável: *"nós temos é excesso de peso todos"* (E31), bem como a ingestão de líquidos inadequada, por excesso de refrigerantes: *"a minha mãe é sempre coca-cola (...) desde os dois anos, ela diz que bebe coca-cola e não gosta*

de água" (E52). Ainda uma menor diversidade, nas técnicas de confecção dos alimentos: *"muitos fritos mesmo"* (E10).

Quadro n.º 41- Distribuição das famílias na categoria Fazer exercício, respectiva subcategoria e termo qualificador

Fazer exercício	Realizar actividade física	Diminuído	4

No subcapítulo anterior foram apresentados fragmentos dos relatos produzidos nas entrevistas que contribuem para o entendimento sobre a prática de exercício físico das famílias. Assim, fazer exercício está presente em muitas famílias, se não em todos os elementos, por razões várias: *"o meu irmão é federado em natação, é atleta de natação e o meu pai não faz assim nada de especial, a minha mãe pratica ginástica e eu também"* (E12).

Também ficou expresso que em vinte e uma famílias não existia a prática de exercício físico regular ou não havia indícios que permitissem concluir sobre essa prática nas famílias. Mas, em quatro entrevistas, identifica-se esse foco indicativo da existência de um problema, pois a necessidade de realização de actividade física regular, por todos os elementos da família, está presente, por ser considerado um factor de uma vida saudável: *"a minha mãe gosta de fazer caminhadas à noite, mas já há muito tempo que não faz, agora também como eu entrei para a faculdade, ela não tem... e o meu pai chega muito tarde, ela não consegue sair mais uma hora, é muito cansaço"* (E44); *"exercício físico, somos todos muito preguiçosos. Eu já, eu já fiz, mas depois o tempo ...e deixei"* (E21). Nestas famílias o aspecto que prevalece é a falta de tempo e a não vontade para fazer exercício.

Quadro n.º 42- Distribuição das famílias na categoria Adaptação, respectiva subcategoria e termo qualificador

Adaptação	Gerir novas situações e desafios	Comprometida	3

Todas as famílias ao longo do seu ciclo de vida familiar têm de lidar com desafios, novas situações às quais se vão adaptando. A adaptação é uma área de atenção para a enfermagem: *"na altura a mãe não disse nada contra porque acima de tudo a casa é da minha avó, mas foi um bocadinho esquisito porque eu via o meu primo uma ou duas vezes por ano, porque ele não morava ali ao lado e foi um bocadinho e estávamos três mulheres e de repente aparecem mais dois homens"* (E8). O problema consubstancia-se na adaptação comprometida, pois percebe-se uma dificuldade da família em gerir as situações, em ter um sentimento de controlo face a esses desafios.

Quadro n.º 43- Distribuição das famílias na categoria Apego, respectiva subcategoria e termo qualificador

Apego	Vínculo	Elevado	3

Foi anteriormente referido que em muitas famílias a proximidade dos filhos à mãe é um pouco maior que a proximidade a outros elementos da família. Esta maior proximidade talvez se deva ao facto de a mãe estar mais tempo em casa. Percebeu-se, no entanto, que essa proximidade, em três famílias, era entendida como pouco positiva, gerando diferenciação, mal-estar: *" a mãe com o meu irmão são para aí uns dez (...) é porque o meu irmão também se habitua a ter assim as coisinhas todas feitas e é o menino e pronto (...) já me incomodou mais, já me fez muita confusão, mas é uma questão de hábito, é, uma pessoa habitua-se..."* (E21). Assim, surge a identificação do foco apego que nestas famílias representa uma relação da díade mãe-filho competitiva com o relacionamento geral da família que se qualifica como elevado.

Quadro n.º 44- Distribuição das famílias na categoria Barreira à comunicação, respectiva subcategoria e termo qualificador

Barreira à comunicação	Obstrução à troca de pensamentos, informações	Actual	3

Já se apresentou que um dos focos detectados foi a comunicação na família. No entanto em três famílias identificou-se uma dificuldade acrescida na comunicação entre um e os restantes membros. Existia como que um obstáculo que se tinha colocado e que se foi ampliando. A razão dessa limitação não era percebida, mas a dificuldade é sentida, sendo mais ou menos valorizada de acordo com a família em causa. "*Com todos de tudo não, até porque a minha mãe é assim muito, tem assim vergonha de falar à vontade com tudo, é como o meu pai (...) há aqueles assuntos tabus lá em casa*" (E14). Como consequência coloca em risco a comunicação na família. Face a esses indícios foi determinado o foco barreira à comunicação.

Quadro n.º 45- Distribuição das famílias nas categorias Satisfação conjugal, Participação, Bem-estar psicológico, Divertir-se, respectivas subcategorias e termos qualificadores

Satisfação conjugal	Emoções gratificantes ou apoio entre casais de uma família.	Diminuída	2
Participação	Partilhar actividades em sociedade.	Diminuída	2
Bem-estar psicológico	Imagem mental de estar em boas condições psicológicas.	Diminuído	2
Divertir-se	Actividades com o objectivo de se entreter, recrear, estimular e relaxar	Comprometido	2

Os focos satisfação conjugal, participação, bem-estar psicológico e divertir-se, identificam-se como presentes, cada um, respectivamente, em duas famílias.

No discurso sobre a vivência das famílias, emergiu a satisfação conjugal. Os indícios surgiram quando eram desenhados os diagramas de proximidade, *"às vezes acho que são problemas deles e eu não estou para me chatear, mas acabo por ouvir na mesma, mas a minha mãe, a minha mãe, e mesmo o meu pai*

é igual, ele funciona tipo... ouve um dum lado, ouve do outro, portanto ouvimos todos, a minha mãe reclama por exemplo do meu pai e tal e vem falar comigo, o meu pai igual, se tiver que dizer, vem-me assim chatear a cabeça, sei lá" (E19). Os laços de proximidade entre o casal, em duas famílias, são apresentados como sendo mais ténues que com outros elementos da família, parecendo indicar que a satisfação conjugal estará diminuída.

O segundo relaciona-se com a referência a alguma vontade em existir uma participação activa na vida social, na comunidade: *"na Cruz Vermelha como faço noites (...) não, agora vai ser mais, agora deixei..."* (E7). Face a uma menor possibilidade de participação, esta é qualificada como diminuída, pois já teria ocorrido no passado uma maior participação na vida comunitária.

Também em duas entrevistas se percebeu que pelo menos um elemento, das famílias estudadas, estaria num período de menor bem-estar psicológico, *"ele é pessimista e então (...) não se ajuda muito a ele próprio..."* (E21). Estas situações são valorizáveis, porque foram apresentadas como mais instaladas e por isso qualificadas como bem-estar psicológico diminuído.

Igualmente, em duas famílias, parece estar presente nos seus membros, uma certa nostalgia por poder divertir-se, ter algum ócio, *"eles andam um bocadinho cansados porque já são muitos anos, senão é por uma coisa, é por outra, já andam um bocadinho cansados (...) claro que o meu pai (...) como sai de casa, vai trabalhar, espairece"* (E21).

Quadro n.º 46- Distribuição das famílias nas categorias Aceitação, Apoio social, Bem-estar físico, Comportamento assertivo, Comportamento interactivo, Isolamento social, Rendimento familiar, Tomar conta, respectivas subcategorias e termos qualificadores

Aceitação	Gerir e controlar sentimentos de preocupação e tensão.	Comprometida	1
Apoio social	Aceitar e receber ajuda de outros	Comprometido	1

Quadro n.º 46- (Continuação)

Bem-estar físico	Imagem mental de estar em boas condições físicas.	Diminuído	1
Comportamento assertivo	Expressão apropriada dos pensamentos, sentimentos.	Diminuído	1
Comportamento interactivo	Acções recíprocas.	Diminuído	1
Isolamento social	Contacto social diminuído	Risco	1
Rendimento familiar	Salários, dividendos ou outros recursos.	Risco	1
Tomar conta	Providenciar cuidados.	Actual	1

Finaliza-se com a apresentação dos focos, áreas de atenção relevantes para a enfermagem, que emergiram uma vez no discurso de todas as famílias estudadas, isto é: estes focos não foram percepcionados em mais do que uma família. São os focos aceitação: *"a minha mãe está meio, é muito pessimista e exagera e pronto, é mais complicado e também não ajuda muito ao meu irmão (...) ele é diabético desde os três anos e nunca se adaptou à ideia de que era diabético por isso agora aos factos mais recentes que lhe aconteceram, muito menos"* (E21).

O foco apoio social com a subcategoria: aceitar e receber ajuda dos outros, também surge em relação à família 21, pois é referido que *"quando não é a minha mãe sou eu, é, mas também não deixo mais ninguém fazer"*. Esta unidade de registo já foi apresentada anteriormente pois explicita a aparente indisponibilidade para aceitar ajuda de outros, externos à família. Em relação a estes focos (aceitação e apoio social) pode-se considerar que estão comprometidos, pois percepciona-se a existência de problemas.

O foco bem-estar físico, *"ele já está muito cansado de fazer hemodiálise, ele vai abaixo depois das sessões e está muito cansado"* (E21), emerge também no discurso sobre esta família. Um outro foco, o do comportamento assertivo foi

determinado na análise das entrevistas: *"eu não concordo muito com isto, eu não tenho nada que concordar ou deixar de concordar, (...) eu respeito e não digo nada não é, mas de vez em quando é assim mais mimo"* (E7). O comportamento interactivo aparece igualmente no relato sobre a mesma família, atente-se ao que é mencionado: *"houve uma fase em que eles se pegavam muito, mas estavam sempre juntos e a conversar e (...) davam-se bem, agora está naquela fase, o meu irmão não se aproxima de ninguém"* (E7). A identificação destes focos indicam que se está perante uma diminuição ou falta na intensidade das relações ou condição.

Foi ainda possível perceber numa entrevista que os contactos sociais poderiam existir mas pretendia-se uma independência: *"acho que têm mais coesão entre as outras partes e a família e nós sempre fomos mais, mais, mais independentes"* (E21), aludindo-se a uma menor disponibilidade de interdependência desta família com a sociedade, indicando um possível risco de isolamento social.

Numa outra família o foco rendimento familiar foi identificado: ***"****estão-nos sempre a chatear a cabeça por causa do desemprego e agora quando o meu pai, como a minha mãe, a fábrica deles... trabalham na mesma fábrica, mas vai fechar"* (E50), pois percebe-se a apreensão nesta família em relação aos recursos financeiros no futuro. Um outro foco, o tomar conta, foi levantado dos dados da entrevista 21: *"dava para ele andar em casa ou para comer sozinho, agora não (...) tenho de ser eu a tratar da, da parte dos exames, do teste, lá em casa temos que lhe partir a comida..."* (E21). A família, como cuidadora foi também encontrado nos discursos dos informantes.

Nos focos: isolamento social e rendimento familiar, pode-se depreender que se coloca a possibilidade de ocorrer ou não o problema, por isso a opção por se considerar que as famílias estarão em risco. No que respeita ao foco tomar conta, este está presente, pois a família providencia cuidados, ao elemento que se encontra dependente.

O resultado do processo de triangulação de investigadores permitiu aferir a identificação de focos de enfermagem em relação a uma família. Assim, houve coincidência na identificação de unidades de análise, com a análise já anteriormente feita, o que permite fundamentar a existência de algumas áreas de atenção de enfermagem (anexo 7). Isso esteve presente relativamente aos focos

comportamento de procura de saúde, processo familiar, padrão alimentar. Houve ainda proximidade entre os aspectos identificados em quatro das análises relativamente aos focos comunicação, participação e fazer exercício. Ainda em duas identificaram-se aspectos relacionados com o apego da díade mãe-filho e sono.

Houve cinco focos que só foram possíveis ser construídos por indícios identificados por uma pessoa. Esses focos são: comportamento interactivo, comportamento assertivo, barreira à comunicação, bem-estar psicológico e divertir-se. Os dados do cruzamento da análise realizada pelos diferentes juízes e pelo pesquisador responsável podem ser consultados no anexo 7.

Não se apresenta a análise de dados relativos a alterações da saúde relatadas sobre alguns elementos, de algumas famílias, como hipertensão, diabetes, pois apesar de poderem dar origem a intervenções de enfermagem, reconhece-se que os enfermeiros não assumem a responsabilidade pela sua resolução.

Termina-se assim, a apresentação dos diagnósticos de enfermagem que a leitura dos dados permitiu identificar. É de realçar que em quinze famílias não foram identificados problemas.

5.4- PONTOS FORTES DAS FAMÍLIAS

Congruente com a evolução conceptual que foi ocorrendo ao longo do trabalho decidiu-se realizar a análise dos dados utilizando outro filtro. Este mais articulado com a perspectiva salutogénica. Assim, partiu-se para a procura de quais as características presentes na família, características essas que permitam revelar que se está perante uma família saudável. De acordo com o que foi referido anteriormente, as funções centrais da família são permitir o desenvolvimento da identidade de cada elemento do casal e criarem crianças saudáveis e autónomas. Por isso, entende-se por família saudável, as famílias que vão conseguindo concretizar esse desiderato.

Lewis (1979) enunciou nove traços presentes nessas famílias que são: um casamento sólido, poder paternal democrático, coesão familiar, comunicação,

capacidade de solucionar problemas, partilha aberta de sentimentos, lidar com perdas através do luto, uma crença fundamental na bondade humana e promoção da intimidade e autonomia. Estes aspectos centrais são vividos de forma original por cada família, constituindo o estilo da família. Recorrendo a estas características, construiu-se uma matriz de análise para, interpretando o discurso produzido em cada entrevista, perceber se estas se encontram presentes. As categorias que emergiram na análise dão corpo a esta dimensão dos pontos fortes das famílias (anexo 8).

Quadro n.º 47- Categorias e subcategorias da dimensão – Pontos fortes das famílias

Categorias	**Subcategorias**
Casamento sólido	Cooperação
	Intimidade
	Poder partilhado
Poder paternal democrático	Autoridade e responsabilidade na posse dos pais
	Filhos ouvidos e respeitados
Coesão familiar	Equilíbrio entre “eu e “nós”
Comunicação	Aberta e espontânea
Capacidade de solucionar problemas	Negociação e consenso
Abertura na partilha de sentimentos	Cordialidade, preocupação mútua e humor
Lidar com as perdas	Aceitar perdas e lidar através do luto
Crença na bondade humana	Aceitar que o ser humano erra
	Aceitar que os comportamentos podem não ter na base uma má intenção

Quadro n.º 47- (Continuação)

Intimidade e autonomia	Promoção da autonomia individual
	Promoção de relações íntimas

Para a apresentação dos achados recorre-se a excertos do discurso sobre as famílias que constituíram as unidades de análise, mas a construção desta análise não partiu apenas de unidades de análise específicas mas de indícios que surgiam ao longo de todo o registo. Não foi só nas palavras gravadas que se foi encontrar o material para a análise mas também no registo do ambiente existente durante as entrevistas, postura do entrevistado e outros dados que já se referiu integrarem as notas de campo. Depois destas considerações que servem para contextualizar a apresentação, passa-se à exposição dos resultados.

Quadro n.º 48- Distribuição das famílias na categoria Casamento sólido e respectivas subcategorias

Casamento sólido	Cooperação	33
	Intimidade	
	Poder partilhado	

Casamento sólido foi percebido pela presença de sinais de cooperação e comunicação, entre os elementos do casal: "*falam entre eles " o que é que achas? ""* (E29); intimidade *"o meu pai vai só quando a minha mãe vai, é automático"* (E29), poder partilhado, *"os pais, decidem sempre os dois em conjunto"* (E47).

A existência de um casal coeso encontrou-se em trinta e três famílias; em dez não se encontraram indícios suficientes para o afirmar, pelo contrário há dados que sugerem a existência de algum afastamento entre o casal. Existem ainda seis famílias em que esta característica não pode estar presente pois só existe a mãe. Em seis famílias, os dados não permitem afirmar que o relacionamento entre o casal é forte mas também não permitem negá-lo.

Quadro n.º 49- Distribuição das famílias na categoria Poder paternal democrático e respectivas subcategorias

Poder paternal democrático	Autoridade e responsabilidade na posse dos pais	41
	Filhos ouvidos e respeitados	

Poder paternal democrático foi uma das características de identificação mais imediata. Isto porque um dos aspectos trabalhados nas entrevistas relacionava-se com a forma predominante de como eram tomadas as decisões na família. Foi possível perceber que em quarenta e uma famílias existia um poder com essas particularidades *"se for só uma decisão entre eles, são os dois que conversam"* (E45); *"todas as situações que se estavam a passar, sempre nos pôs a par de tudo (...) também dávamos uma palavra lá em casa"* (E5); e a sua ausência nas restantes.

Quadro n.º 50- Distribuição das famílias na categoria Coesão familiar e respectiva subcategoria

Coesão familiar	Equilíbrio entre "eu e "nós"	45

Coesão familiar foi determinada por diferentes fontes. Pelos testemunhos de proximidade entre os membros da família, pela utilização repetida do pronome pessoal nós e não eu, pelos valores expressos como reportório da família (solidariedade, família, amor), pelo orgulho na família, em suma pelo saldo possível de se perceber entre o "eu" e o "nós". Atente-se ao que é manifesto pelo informante 35: *"o respeito que temos os três, a união acima de tudo, prezamos muito isso, estarmos sempre unidos"* (E35).

Assim identificaram-se quarenta e cinco famílias em que existe coesão. Em três famílias não se conseguiu encontrar nem indícios claros de empenho na união familiar nem o oposto. Em sete famílias percebe-se que há um compromisso para com a família por parte de alguns elementos mas nos

restantes elementos parece ser a perspectiva "eu" que domina. Daí essas famílias não poderem ser integradas nas duas posições anteriores.

Quadro n.º 51- Distribuição das famílias na categoria Comunicação e respectiva subcategoria

Comunicação	Aberta e espontânea	36

Comunicação percebida através da identificação da existência de abertura para comunicar e o que comunicar, bem como pela perspectiva da espontaneidade reportada quanto à comunicação e também pelos momentos de conversa na família relatados: *"nós quando temos de falar de qualquer coisa, seja boa ou má, juntamo-nos e conversamos todos"* (E9); *"falo sempre mais com a minha mãe porque fui sempre criada com ela (...) a mãe é que é o escape"* (E15).

É possível identificar apontamentos de comunicação efectiva em trinta e seis famílias, mas nas restantes a comunicação que existe não é percebida como de qualidade ou até em quantidade. Nestas famílias parece não existir predominantemente clareza na expressão de pensamentos e sentimentos, nem espontaneidade, existindo pelo contrário alguns jogos e omissões.

Quadro n.º 52- Distribuição das famílias na categoria Capacidade de solucionar problemas e respectiva subcategoria

Capacidade de solucionar problemas	Negociação e consenso	41

Capacidade de solucionar problemas - este item de avaliação está presente em todas as famílias, pois todas estão perante a inevitabilidade de ter que resolver problemas que a vida coloca. A perspectiva que para aqui importa é perceber se a família tem uma história de sucesso em ultrapassar obstáculos ou seja, se tem conseguido solucionar efectivamente os problemas. As estratégias usadas por estas famílias passam pela construção de consensos, "*normalmente quando surge algum problema repartimos por todos um bocadinho e tentamos,*

arranjamos uma solução" (E27), e pela negociação, *"ouvimos a opinião uns dos outros e a partir daí tentamos tomar uma atitude que agrade a toda a gente, não é, quando é possível, mas tenta-se sempre fazer isso"* (E9).

Relativamente às famílias estudadas, encontram-se, em quarenta e uma, perspectivas que fundamentam uma capacidade real de solucionar os problemas; não se conseguiu perceber essa capacidade em catorze.

Quadro n.º 53- Distribuição das famílias na categoria Abertura na partilha de sentimentos e respectiva subcategoria

Abertura na partilha de sentimentos	Cordialidade, preocupação mútua e humor	45

Abertura na partilha de sentimentos também passível de ser percepcionada analisando o relato da experiência familiar. Esta característica pode ser entendida pela identificação de uma perspectiva de cordialidade presente na família, *"qualquer problema qualquer coisa a minha mãe é muito rápida a dar soluções, mas se calhar com o meu pai eu identifico-me mais, somos muito mais parecidos"* (E43), pelo respeito mútuo dos seus membros e pelo humor. A preocupação do subsistema fraternal, bem como o relacionamento mãe - filha percebe-se na entrevista 6, pois é afirmado: *"acho que tenho a minha mãe mesmo como a minha melhor amiga (...) não tenho problema de falar com ela em nada, porque tudo o que eu falo ela sabe para me ajudar, para me esclarecer"* (E6).

Também nesta categoria os dados sobre o ambiente no contexto da entrevista, os valores, o empenho na própria família são aspectos que subsidiam a sua identificação. Pelo exposto, foi possível registar a presença desta característica em quarenta e cinco famílias e a sua ausência em nove famílias. Numa das famílias, a partilha de sentimentos parece não ser geral a todos os elementos, apesar de na família existir um ambiente de abertura que permitiria essa expressão.

Quadro n.º 54- Distribuição das famílias na categoria Lidar com as perdas, respectiva subcategoria

Lidar com as perdas	Aceitar perdas e lidar através do luto	47

Lidar com as perdas através do luto é uma inevitabilidade para todas as famílias. Não se refere exclusivamente à perda de elementos da família, *"a minha avó da parte da mãe morreu, foi por doença, eu sei que ela já nem conseguia comer (...) acho que foi complicado"* (E6), mas à perda de laços afectivos, de algo que seja importante para a família, *"lá na Venezuela como vivíamos na capital e tudo isso, se calhar mais disponibilidade, a nível de tempo ou a nível de localização"* (E35), bem como de alterações que vão ocorrendo.

Nem em todas as famílias foi possível detectar sinais de que a família tenha passado por processos destes ou que o luto tenha sido ou não vivido; por isso em três famílias não é possível determinar a avaliação desta característica. Numa outra família, as perdas não foram eficazmente resolvidas pelo luto de forma idêntica entre os membros da família. Das restantes famílias, quatro apresentam sinais de uma resolução não completamente inócua e em quarenta e sete famílias as perdas foram vividas através do luto ou ainda se encontram em processos de luto.

Quadro n.º 55- Distribuição das famílias na categoria Crença na bondade humana e respectivas subcategorias

Crença na bondade humana	Aceitar que o ser humano erra	40
	Aceitar que os comportamentos podem não ter na base uma má intenção	

Apesar de se reconhecer que cada homem não é perfeito, a pessoa humana como um valor é uma característica presente nas famílias saudáveis. Os aspectos que contribuíram para a identificação desta perspectiva partiram dos valores expressos em entrevistas como: *"ser uma pessoa correcta consigo e*

sendo consigo, com os outros também" (E47); *"respeito pelos outros é uma daquelas coisas chave, o sentido também de interajuda, na minha família as pessoas ajudam-se muito umas às outras"* (E43).

Em quarenta famílias foi possível perceber a partilha deste valor, enquanto em catorze famílias o mesmo não foi percebido. Há uma família em que a crença na capacidade do ser humano não parece estar igualmente presente em todos os seus membros.

Quadro n.º 56- Distribuição das famílias na categoria Promoção da intimidade e autonomia e respectivas subcategorias

Intimidade e autonomia	Promoção da autonomia individual	32
	Promoção de relações íntimas	

Promoção da intimidade e autonomia - esta perspectiva se já analisada em relação à díade mãe-pai, agora é perspectivada em relação a toda a família. Na entrevista 47 percebe-se o balanço entre a intimidade e a autonomia dos seus elementos: *"meus pais este ano não nos obrigam a ir com eles, mas eu sei que eles ficam tristes se a gente não for e então prontos, este ano vamos com eles, mas não, não nos impõem a ida"*.

Face à análise dos dados é possível entender que há promoção da autonomia, em trinta e duas famílias: *"os meus pais têm muita confiança em mim"* (E45) e intimidade *"por acaso noto que é um bocado diferente em relação a alguns amigos meus que recorrem a um, mas eu falo"* (E41); não se consegue a indicação de que isso acontece, em vinte e duas famílias. Numa família essa característica parece não ser geral a toda a família. É de salientar que este aspecto, de entre os anteriormente apresentados, foi encontrado num menor número de famílias.

Do exposto destaca-se que mais de metade das famílias estudadas apresentam sete ou mais das características de uma família saudável. Em onze famílias todas as características estão presentes. Uma das famílias, se não se considerar a primeira característica, pois não é passível de estar presente,

também tem todas as outras características. O posicionamento de todas as famílias pode ser consultado no anexo 9.

Uma outra perspectiva estudada relaciona-se com a interligação família/comunidade. Há alguns autores, referidos por Lewis (1979) que a apontam como um factor que se pode associar a uma maior ou menor competência familiar. Baseiam essa associação pela premissa que a interligação da família com a comunidade representa abertura da família ao seu ambiente externo, com os benefícios para o sistema familiar que essa abertura propicia.

Como já foi apresentado, em quinze das famílias estudadas, foi perceptível existir uma intervenção deliberada na comunidade. Após uma leitura longitudinal a cada entrevista percebe-se que em mais famílias (dezanove) a interligação com o ambiente externo estará presente, se bem que de uma forma não tão formal, como nessas quinze, em que a interligação é explicitada. Das restantes famílias (vinte e uma) não se identifica essa perspectiva de abertura ao exterior.

Uma última categoria de análise foi construída, também com base na literatura que se reporta à existência de uma mitologia congruente, assim denominada por Lewis *et al* (1976), ou uma adequada percepção da realidade. A existência desta característica na família é associada à presença de mais um factor, no reportório das famílias saudáveis. A identificação desta característica também não é imediata. É necessário procurar ao longo do registo de dados de cada família, nas notas de campo, a verdade do relato construído pelo informante e se a perspectiva de cada família que é transmitida é coerente com a leitura que é facultada pelos dados. Em cinquenta famílias a coerência entre o discurso produzido pelo entrevistado e os dados, está presente; nas restantes cinco não foi possível afirmar a congruência mas também não ficou a certeza do contrário.

Em síntese, onze famílias, aceitando a perspectiva utilizada na análise, têm as características que indicam que são famílias saudáveis: casamento sólido; poder paternal democrático; coesão familiar; comunicação; capacidade de solucionar problemas; abertura na partilha de sentimentos; lidar com as perdas; crença na bondade humana; intimidade e autonomia. Acresce que em trinta e quatro famílias, estão presentes mais de metade das características. A

característica menos presente nas cinquenta e cinco famílias é a promoção de intimidade e autonomia e a mais presente é lidar com as perdas através do luto.

Como foi referido anteriormente, recorreu-se à triangulação de investigadores para a análise dos dados de uma família. O pedido de colaboração teve por base a identificação de aspectos que subsidiassem a existência de áreas de atenção, relevantes para a enfermagem e pontos fortes da família (anexo 7). Esta última perspectiva é agora apresentada.

Não houve sobreposição total entre os investigadores no que se reporta a qualquer dos pontos fortes da família que foram identificados. Nesta família foram percebidos, por três dos colaboradores na análise, como pontos fortes da família o facto de a mãe pertencer à associação de pais o que se relaciona com a perspectiva anteriormente apresentada da interligação família/comunidade. Também, a coincidência de três interpretações nos aspectos: convívio regular em família, que se pode perceber como contribuindo para a coesão familiar, a comunicação efectiva e abertura na partilha de sentimentos.

Foram ainda identificadas nos dados da família, por duas das pessoas que os analisaram, o facto de existir um elemento que realiza actividades de voluntariado (interligação família/comunidade), a interacção referida entre o pai e as crianças da família alargada (comunicação, abertura na partilha de sentimentos) e dois aspectos relacionados com a alimentação. Um que se refere a que a maioria dos elementos da família preferir uma alimentação mais convencional com inclusão de sopa em todas as refeições e a alguma supervisão da mãe para que não haja uma ingestão excessiva por parte de alguns elementos.

Alguns dos pontos fortes da família (cuja entrevista esteve no centro da análise dos diferentes juízes) foram identificados, como tal, por uma única pessoa: um foi a existência de comunicação aberta entre a maior parte dos membros da família (comunicação); um outro relaciona-se com a procura de cuidados de saúde que com excepção do pai, está presente na família; elementos da família terem hábitos de higiene oral regulares; a existência de actividade física frequente, de dois dos membros da família.

Assim, nessa família os seguintes focos foram identificados, como pontos fortes: comunicação, comportamento de procura de saúde, padrão alimentar,

padrão de higiene, fazer exercício e processo familiar. Foram ainda identificados como pontos fortes outras particularidades que se podem interpretar como integradas no conteúdo das categorias interligação família/comunidade, comunicação, coesão familiar e abertura na partilha de sentimentos. Essa primeira categoria já reconhecida na dimensão – visão longitudinal das famílias e as outras seguintes como pontos fortes das famílias.

A identificação dos pontos fortes da família são indicativos de que podem existir recursos na família que lhe permitem continuar o seu desenvolvimento a fim de atingirem com sucesso as duas funções primeiras da família, pois estão a possibilitar o desenvolvimento saudável dos pais e estão a contribuir para que os descendentes sejam autónomos e saudáveis.

CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As famílias passam, no seu desenvolvimento por várias fases, impondo a cada família um ajustamento contínuo às novas realidades. Às famílias com jovens adultos também se colocam novos desafios, ultrapassada a fase controversa da existência de elementos no período da adolescência.

Como já foi anteriormente explanado, na actualidade, muito por associação com os problemas de emprego e o aumento do percurso de formação, questiona-se o adiamento do processo de emancipação dos jovens e as repercussões para as famílias desse atraso. Alguns autores argumentam, opondo-se àqueles que indicam esta questão como um fenómeno novo nas sociedades ocidentais, que no passado também tal ocorreu, porém hoje em dia, esta questão coloca-se com maior frequência.

As possíveis repercussões para as famílias (na perspectiva da saúde familiar), da continuação dos jovens adultos no lar, são a razão do estudo. Estas famílias foram identificadas como foco de interesse neste trabalho que teve como objectivo perceber se as famílias com jovens adultos têm necessidade de saúde e se desejam ser conhecidas pelos serviços de saúde. São famílias que se encontram no estádio cinco do ciclo vital da família (Relvas, 2000) e que terão, nesta fase, como principal tarefa, aceitarem a saída dos filhos e redefinir a relação do casal.

Estava também presente que o intuito deste trabalho era contribuir para o aumento do conhecimento de enfermagem, pelos subsídios da compreensão das famílias nesta fase do ciclo vital e da possibilidade de identificação de áreas de atenção relevantes para a enfermagem, bem como contribuir, de forma indirecta, para o aumento do potencial da saúde das famílias.

Algum comentário se impõe em relação à metodologia de investigação eleita. Começando pelas questões da amostra, esta foi determinada por

conveniência, pois não se perseguia propósitos de generalização, mas perceber particularidades da vida das famílias, neste período do contínuo familiar, numa busca pela diversidade e não pelo número de ocorrências dessa diversidade. O processo de amostragem concretizou-se na selecção por conveniência de um grupo de estudantes que estavam a iniciar uma formação de licenciatura, ao nível do ensino politécnico, numa escola pública, na área da saúde, por isso indivíduos que já tinham terminado os estudos secundários. A caracterização dos informantes feita no capítulo anterior revela que 89,1% eram do género feminino, percentagem que se mostrou superior ao total de elementos do género feminino (60,3%) nas famílias estudadas, mas frequente nas escolas de enfermagem.

Ora reconhecendo as possíveis fragilidades de conhecer as famílias a partir de um único informante, os resultados obtidos parecem apontar para uma abrangência e profundidade de dados fiáveis que diluem essas fragilidades. Acresce que se aceitava e este trabalho não conseguiu abalar esse pressuposto, que as realidades são entidades construídas individualmente. Por isso a leitura da vida familiar é de âmbito individual, existindo tantas leituras quantos os elementos da família. Pode-se, assim, fazer o reparo que os dados das famílias e os resultados do estudo são-no na óptica dos elementos jovens dessas famílias.

Também se pode discutir que a amostra seleccionada, pela opção feita, limitou o acesso, às famílias com jovens ainda em processo de formação, ou seja previsivelmente não se acederia a todas as possíveis realidades das famílias no estádio cinco do ciclo vital. Este temor não se concretizou, pois nas famílias estudadas encontraram-se filhos desempregados, à procura do primeiro emprego, filhos activos profissionalmente, estudantes trabalhadores e famílias em que toda a descendência ainda estuda. Esta última situação sucedeu, quase exclusivamente, quando o informante era o primeiro ou único filho (49,1%), porém, nesta amostra 50,9% dos informantes eram o segundo ou terceiro filho. Não se deparou com famílias em que o único filho ou todos os filhos estivessem desempregados ou à procura do primeiro emprego. É uma limitação do estudo que a técnica de amostragem propiciou.

Retomando a finalidade do estudo, de aceder à diversidade das experiências das famílias do estádio cinco, a opção pelas metodologias qualitativas, numa perspectiva fenomenológica de entender as realidades, através da construção dessas realidades no discurso dos informantes familiares, revelou-

se uma opção conseguida. Pelo que a decisão da colheita de dados se centrar na entrevista semi-estruturada também resultou. Como foi referido, este procedimento é frequentemente utilizado, pelos enfermeiros, na colheita de dados de avaliação dos indivíduos/famílias, pelo que se conseguiu, neste estudo, uma aproximação com a realidade clínica de enfermagem.

No que respeita à opção pela utilização do Modelo de Avaliação Familiar de Friedman, como base para a construção do guião das entrevistas, também não se mostrou limitativo. É um referencial que, como foi referido, tem sido utilizado por muitos enfermeiros e a sua concepção, ainda que não circunscrita a uma determinada corrente de pensamento e possivelmente por esse motivo, abrange uma série de perspectivas permitindo conhecer as famílias em múltiplos prismas. Certo é que outros modelos de avaliação também seriam um suporte igualmente eficaz, para o conhecimento das famílias, como o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, pois partilham o mesmo tipo de informação e as diferenças cingem-se a formas diversas de organizar os itens.

A utilização do Modelo de Avaliação Familiar de Friedman não criou uma estrutura rígida na condução das entrevistas. Como se previu privilegiou-se o desenrolar natural da entrevista. Durante as entrevistas apesar de terem sido seleccionadas para permitir o conhecimento da vivência das famílias, ocorreram em algumas, momentos de intervenção, por solicitação dos entrevistados ou em função das temáticas que eram abordadas. Houve, por isso, uma contaminação inevitável entre o papel de pesquisador e o de intervenção profissional, só possível pelo clima que foi desenvolvido durante as entrevistas e espelhando a interacção que se processou.

O modelo atrás referido também subsidiou a identificação a *priori* das categorias, mas como já se expôs ocorreu uma alteração durante o processo de análise pois um outro sistema de categorias, mais coerente com os dados, acabou por emergir, todavia próximo do inicial. Por isso no processo de análise as categorias foram determinadas a *priori* mas também construídas a *posteriori*, baseadas nos testemunhos apresentados.

Importa também reflectir sobre a opção pela triangulação de investigador. Relativamente à triangulação teórica se aludirá posteriormente. O recurso a juízes externos permitiu aferir a análise que tinha sido realizada. Já se apresentaram os resultados dessa triangulação que não sendo em tudo coincidente, representou

no entanto concordância significativa. A não conformidade total pode ser explicada pelo facto dos juízes terem realizado a análise a partir da transcrição da entrevista, não tendo estado presentes na mesma, não tendo ouvido o registo áudio.

Comentadas as decisões metodológicas, reflectidas as suas implicações, passa-se para a discussão dos resultados.

Quarenta e sete famílias estudadas são compostas por duas gerações (pais ou mãe e filho/s) e quinze têm só um descendente. Em oito famílias estão presentes três gerações e não se encontrou qualquer família reconstruída. Como se apresentou, o conceito de família, neste estudo, corresponde ao de agregado familiar. Esta perspectiva é coincidente com família nuclear (47 famílias) e família extensa, nas restantes (Giddens, 2000).

As famílias constituídas por quatro elementos têm uma maior expressão, com 50,9% da totalidade das famílias, valor superior aos 21,7% determinados em Portugal, no censo de 2001. Neste estudo, a média de elementos por família é de 3,98, quando em Portugal esse valor é de 2,8.

Mais de metade do total de indivíduos, identificados neste estudo, pertencem aos grupos etários 40-49 e 10-19 anos. Os elementos das famílias têm, como escolaridade, em maior percentagem, o 12.º ano (46,8%). Oitenta e dois indivíduos, 37,7% da população estudada, são estudantes. Considerando a totalidade dos indivíduos dos grupos “trabalhadores por conta de outrem” e os “por conta própria”, obtém-se o valor de 44,0% (37,2% + 6,8%) que consubstancia este grupo como o mais numeroso.

Uma grande parte das famílias (89%) diz pertencer à classe média. Terem casa própria, carro, a presença de vários indicadores de conforto, a possibilidade de passarem férias fora do domicílio habitual e a opção por a mãe deixar de trabalhar fora de casa, apresentam-se como argumentos que fundamentam esse posicionamento. Pela aplicação do índice de Graffar determinou-se que existia uma distribuição das famílias por diferentes níveis socioeconómicos com 49,1% a pertencer ao nível médio, mas 36,3% refere o nível médio alto. Existem ainda 9,1% de famílias que integram o nível médio baixo, mas apenas 5,4% se auto posicionaram nesse nível.

Quase metade (47,2%) da população estudada, não utiliza o centro de saúde. Os restantes estão divididos entre os que vão (27,3%) e os que afirmam ir às vezes (25,5%), estes últimos referindo utilizar também outros serviços não públicos. Estes dados vão de encontro aos valores da cobertura populacional dos centros de saúde, apresentados no Relatório Primavera 2007, do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) onde é afirmado, com base nas Estatísticas do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde de 2005, que a taxa de utilização dos centros de saúde foi nesse ano de 59,8%, ainda que dados referentes a indivíduos e não a famílias.

É de referir que a totalidade dos informantes afirma que a administração de vacinas foi concretizada no centro de saúde. Os informantes parecem não considerar este acto de atendimento pelo enfermeiro, como específico dos mesmos, mas uma imposição decorrente da vida em sociedade que tem de ser concretizada no centro de saúde. Daí que as famílias que só foram ao centro de saúde para acederam à vacinação, não considerem que utilizam os centros de saúde para obterem cuidados de saúde.

A procura dos serviços de saúde é assumida, maioritariamente, nas situações de alteração do estado de saúde. Em vinte famílias (36,4%) são relatadas situações de procura dos serviços de saúde, para vigilância de saúde. Alguns consideram que será necessário num futuro próximo fazê-lo, uma vez que a primeira geração começa a chegar a uma idade mais preocupante e consequentemente com maior necessidade de vigilância. Esta perspectiva tem paralelismo com a realidade portuguesa, pois os índices de morbilidade e mortalidade dos jovens são baixos, se comparados com outros grupos etários, de acordo com os dados dos estudos: "Saúde Juvenil no Masculino" (Prazeres, 2003) e "Saúde dos Jovens em Portugal" (DGS, 2005).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 (INE, I.P. / INSA, I.P., 2009) 7,5% dos portugueses, do grupo etário 15-24 anos, realizou consultas de cariz preventivo e/ou vigilância, enquanto nos grupos etários 35-44anos e 45-54 anos o valor foi de 11% e 10% respectivamente, nos três meses anteriores ao inquérito. De salientar que estas consultas englobam: "*exames de rotina, medicina do trabalho e consultas de vigilância da gravidez e puerpério"* (INE, I.P. / INSA, I.P., 2009, p. 194). Haverá um aumento de práticas de vigilância, neste último grupo etário considerado, pois a taxa de fecundidade tem uma grande

diminuição, o que tem correspondência com a primeira geração das famílias estudadas neste trabalho.

Muitas famílias têm sistemas de assistência que lhes permitem obter resposta em cuidados de saúde, sem terem de recorrer ao serviço público de saúde. Neste conjunto de cinquenta e cinco famílias encontrou-se dezoito (32,7%) que pertencem a um subsistema de saúde e duas famílias (3,6%) com seguros de saúde. Estes valores são relativamente superiores aos valores nacionais pois é apresentado no Programa Operacional de Saúde 2000-2006, Saúde XXI que 22% dos portugueses são abrangidos por subsistemas, públicos ou privados e que 2% das despesas privadas de saúde foram asseguradas por seguros de saúde.

Outros informantes referem que as suas famílias preferem pagar os serviços de saúde que lhes são prestados, pela melhor resposta que assim obtêm. Serve de exemplo as deslocações ao estomatologista, pois as famílias recorrem ao sector privado, com excepção de uma família, pagando esse serviço integralmente ou sendo ressarcidas de uma parte, se pertenceram a algum subsistema de saúde.

Assim, na totalidade das entrevistas é admitido que os elementos das suas famílias, foram ao centro de saúde para ser vacinado e todos garantem que o plano nacional de vacinação está actualizado. O contacto com os profissionais de saúde é relativamente pequeno e dentro destes em menor número com os enfermeiros (com a excepção apresentada da imunização). Houve referências esporádicas à presença de enfermeiros nas escolas e neste caso exclusivamente para acções de educação para a saúde que admitem ter ocorrido por iniciativa das escolas.

Em todas as dezanove famílias em que foi referido terem tido visita domiciliária de profissionais de saúde foi mencionado que esta existiu a pedido dos utentes e que nem sempre obtiveram resposta adequada às suas necessidades. Também algumas famílias procuram nos seus amigos médicos ou enfermeiros o apoio que precisam devido à comodidade que isso lhes proporciona e à maior acessibilidade das mesmas.

Importa salientar que em trinta e cinco entrevistas as situações identificadas de deslocação das suas famílias ou de alguns dos seus elementos aos serviços de saúde ocorreram principalmente por necessidade de obterem

respostas a situações de doença. Foram menos frequentes as situações identificadas em que essa deslocação foi por motivo de vigilância da saúde. Os episódios de procura de cuidados preventivos, mais associados à saúde da mulher, foram quase exclusivamente reportados na utilização de cuidados médicos em instituições privadas.

Em termos culturais alguns dos informantes (oito) identificam que as suas famílias serão diferentes porque a primeira geração tem uma escolaridade menor que a escolaridade mínima exigida, mais recentemente ou porque parte da vida familiar foi passada num outro contexto cultural, diferente do contexto português. No entanto, muitos entrevistados (quarenta e sete) afirmam que a sua família se revê na cultura da comunidade em que está inserida.

De muitas famílias (96,4%) é dito que professam a religião católica, mas a maioria (50,9%) admite que não a pratica. Estes dados vão de encontro aos valores estimados através do Recenseamento da Prática Dominical de 2001 onde, no que se refere à Diocese do Porto, existiria uma frequência de 20 a 22% (Fernandes, 2004). Para o mesmo ano, o universo estimado de portugueses que afirmam professarem a Religião Católica é superior a 82% (fonte: Paróquias de Portugal).

Os informantes que mencionaram que as suas famílias não têm, no presente, uma prática religiosa, também referiram que no passado ela existiu, num período correspondente ao processo de formação religiosa dos descendentes dessas famílias. Não foram relatadas variações na participação religiosa, entre os diferentes membros das famílias. Percebe-se que é uma realidade que abrange todo o núcleo familiar, assumindo-se a família como praticante ou não praticante. Próximo destes resultados estão os achados do estudo desenvolvido por Leandro e Leandro (2004), pois no total das famílias estudadas encontraram que "*pelo menos em cerca de metade dos casos dos jovens inquiridos, há uma identidade de posições entre pais e filhos acerca da religião*" (p. 10).

Há alguma mobilidade geográfica das famílias, que normalmente está associada à exigência de emprego, em direcção ao litoral do país. Só cinco famílias vieram de outros países para Portugal e os seus ascendentes tiveram um percurso de emigrantes. No entanto, trinta e oito famílias (69,1%) continuam a viver na mesma região das famílias de origem.

A ocupação dos tempos livres das famílias passa por actividades com pessoas externas à família, principalmente amigos; com alguns elementos da família, saídas de irmãos em conjunto ou do casal. Em dezoito famílias os momentos de lazer são gozados em actividades que envolvem toda a família. Esta situação está mais presente nas famílias com um descendente ou em que estes são mais novos.

A habitação que cada família ocupa parece estar adequada, no que se reporta às necessidades de espaço, relacionado com o número de elementos por agregado. Cinquenta e uma famílias são proprietárias das suas casas, muitas das quais vivendas, com espaço exterior e na totalidade com mais do que um piso. Mas o lar familiar também pode ser um apartamento, especialmente nas famílias que habitam em centros urbanos. Nas famílias, em que a localização da residência familiar implicaria para os membros que estão a estudar, grandes deslocações diárias, teve como consequência a opção pelo aluguer de quartos ou apartamentos, onde os filhos estudantes residem, durante o período de aulas.

Os ambientes das zonas residenciais destas famílias são, no geral, identificados como apropriados, apetrechados de espaços verdes e comércio para as necessidades imediatas das famílias. Foram, todavia mencionadas seis situações em que era reconhecida a existência de focos de possível poluição do ar, por indústrias. O ruído também foi indicado como um factor de menor conforto do ambiente externo à habitação.

Em três entrevistas foi relatada a importância do ambiente humano que rodeia o agregado e oito informantes reconhecem que os seus vizinhos lhes dariam o apoio que precisassem. Assim, em 27,2% das famílias, o suporte social que eventualmente necessitaram, passou pelo apoio desses vizinhos (14,5%) e amigos (12,7%). Mas são os ascendentes e familiares em linha colateral, a grande fonte de apoio em trinta e oito famílias.

A história de cada família é apresentada como uma mais-valia no presente da vida familiar. Trespassa, em muitas entrevistas, um sentido de pertença, um orgulho no passado familiar, um apreço no convívio intra-familiar. A comunicação que se desenvolve no seio das famílias foi identificada como passível de ser posicionada em duas perspectivas. Encontraram-se famílias (trinta e seis) em que a comunicação é assumida como espontânea, natural e incentivada. Porém também se identificou nos relatos sobre as famílias (dezanove), limitações à

comunicação, sendo esta menos efectiva e menos gratificante para cada membro e para a própria unidade família.

A vida familiar rege-se condicionada por diferentes factores entre os quais o exercício do poder. O estabelecimento de regras, as grandes e pequenas decisões da vida diária, podem ser concretizadas de forma diversa, entre um pólo de funcionamento caótico até outro extremo de autoritarismo e falta de participação do grupo familiar. Nas famílias (vinte e seis), deste estudo, predomina a perspectiva que as decisões são principalmente da esfera de competência dos pais. No entanto, também em algumas famílias é assumido que a mãe tem um papel preponderante nesta matéria, mesmo que eventualmente camuflado numa posição das decisões serem emanadas do casal ou a decisão é atribuída a um outro elemento (catorze). Porém, encontrou-se igualmente (em quinze famílias) que o processo de decisão passa pela auscultação da opinião de todos os membros da família, nos casos em que a descendência já tinha atingido maturidade que lhes permitia entrar neste processo.

Nestas famílias identificou-se uma partilha de valores entre todos os elementos de cada família, pois não foi perceptível qualquer tensão relativa a estes dados, estando pelo contrário patente a comunhão de princípios morais e projectos. Num estudo desenvolvido com famílias sobre transmissão de valores, os resultados apontam no mesmo sentido: "*uma certa continuidade* [de valores] *entre pais e filhos"* (Leandro e Leandro, 2004, p. 8).

Neste trabalho, ficou patente a partilha de valores como a sinceridade, família, respeito, amor, solidariedade, entre outros. Os valores expressos pelos inquiridos estão próximos dos encontrados em outros estudos (Tamayo, 2007) e relativamente ao facto da família ser considerada como um valor importante, especialmente nos trabalhos de Almeida (2003) e Leandro e Leandro (2004).

Também se conseguiu explorar o conceito saúde como um valor, em dez famílias. A saúde é percepcionada como um bem, pela importância atribuída ao sentir-se saudável, ao tentar seguir estilos de vida que promovam a saúde, ao identificar a saúde como um recurso que contribui para uma vida mais produtiva e com mais bem-estar. Próximo desta perspectiva, a apresentada pelo estudo de Tamayo (2007), sobre a hierarquia de valores que identificou "ser saudável", como um valor instrumental considerado de importância suprema. Mas a saúde também foi percepcionada, como o estado esperado, sem ser necessário ter uma

atitude proactiva de promoção ou manutenção e sendo só valorizada, nas situações da existência de sintomas e sinais de doença ou mal-estar.

Conhecer as famílias a partir das suas funções é facilitador da percepção da sua vivência. Nestas famílias a função de socialização senão tão premente, ainda é identificável nos papéis atribuídos a cada elemento e nas suas particularidades. Nas famílias parece existir uma certa estabilização na distribuição de tarefas, quer ao nível do casal, pai e mãe, quer ao nível do género, masculino e feminino. Assim na quase totalidade das famílias (quarenta e quatro) é a mãe que se responsabiliza pelas actividades domésticas como confecção de refeições, comprar os alimentos, arrumação da casa e roupas, percurso escolar dos filhos, acumulando ou não com uma ocupação profissional. Num número reduzido de famílias (seis), as mães para além destas actividades domésticas e do trabalho profissional, ainda se responsabilizam pelos pagamentos que as famílias têm de efectuar, pela articulação com outras instituições, como bancos e serviços públicos.

O pai com obrigações mais relacionadas com as questões financeiras, pequenos arranjos e manutenção da casa ou actividades de bricolage e exteriores. No entanto há pais cuja contribuição para a vida familiar se restringe ao fornecimento do suporte financeiro, função afectiva e eventualmente alguma ajuda na arrumação da cozinha, após as refeições. Outros estudos corroboram estes achados, como o "Family and Gender Survey (ISSP) e Amâncio e Wall (2004, p.8) afirmam: *" não encontramos nestes dados, qualquer tendência de mudança, relativamente a estudos anteriores, já que os homens não parecem dispostos a contribuir com mais tempo nem as mulheres exigem isso deles e também não se desenha uma tendência maioritária para o reconhecimento da injustiça que marca a questão do trabalho doméstico"*.

Os descendentes colaboram nas actividades domésticas, mas têm como responsabilidade principal gerir as suas actividades de estudo. Todavia, são as filhas que estão na primeira linha da substituição das responsabilidades maternas, nas situações em que tal é necessário e com mais frequência estão encarregues da confecção de refeições. Os filhos ocasionalmente podem cooperar na realização de tarefas domésticas. Assim, a descendência masculina é "poupada", às lides domésticas, principalmente quando também estão presentes irmãs.

Estes papéis estão relativamente e culturalmente consolidados, existindo alterações esporádicas, quando ocorrem eventos transitórios na vida familiar. Por isso detectou-se uma socialização dos papéis na descendência que prolonga a diferenciação já presente nas gerações anteriores. Esta constatação é feita em nove entrevistas e nelas é assumido que este posicionamento, quando ocorre, não é considerado, pelas mães, como adequado e deliberado, sendo por isso mais um hábito que se foi instalando. Tal resultado também está presente no estudo sobre a transmissão dos valores na família, já referido, pois afirma-se: "*o que é interessante constatar é que são exactamente as mulheres mães que aplicam pouco na sua vida quotidiana familiar o que elas preconizam nos seus discursos, ou seja, a exacta partilha entre filhos e filhas*" (Leandro e Leandro, 2004, p. 10-11).

Relacionado com os papéis, valores, poder, encontra-se a forma como na família são abordados os problemas e os conflitos. As estratégias utilizadas são diferentes e em cada família também podem não ser utilizadas de igual forma por todos os membros. Identificaram-se estratégias que passam pela partilha dos problemas no ambiente familiar, onde todos são chamados a contribuir para a sua resolução. Em outras famílias os problemas são resolvidos pelos pais, principalmente se os restantes membros ainda não atingiram uma certa maturidade. Mas também em dezassete famílias há elementos que preferem resolver as situações/problemas sozinhos e quando não o conseguem então recorrem à ajuda da família ou outras pessoas externas.

A função afectiva presente nas famílias engloba aspectos como partilha de emoções, comunicar sentimentos e proximidade. Em nenhuma das famílias estudadas se detectou a existência de conflitos entre os seus membros. Houve relatos sobre pequenos atritos, mais frequente entre irmãos e alguns indícios de laços mais ténues entre alguns casais. Nas famílias monoparentais, porque todas se reportavam aos elementos mães e filhos, estava presente algum afastamento dos filhos com o progenitor, não só físico mas também afectivo, pela diminuição progressiva de contactos, manifestada na quase totalidade das famílias em que tal acontecia.

Nas famílias, os laços de proximidade eram geralmente mais fortes com a mãe (47,3%). Os fundamentos para esta realidade foram entendidos como estando relacionados com o maior tempo de presença da mãe em casa, maior

acompanhamento do percurso escolar, por ser usualmente a primeira pessoa da família que sabe o que se passa com cada membro, por ser quem controla os gastos e ser, em muitas famílias, a quem os filhos recorrem para, de forma directa ou como aliada, obter autorização para compras ou saídas. Num número menor de famílias, estas razões podiam estar na base para existir mais proximidade com o pai ou com outro elemento. Por isso, em vinte famílias, há uma proximidade descrita como diversa, entre os diferentes membros. No entanto, em nove famílias foi descrita uma proximidade, com igual intensidade entre todos os membros, incluindo algumas das famílias com um só descendente.

A função cuidar a saúde também está presente em todas as famílias, com variações que eventualmente estão associadas a diferentes perspectivas sobre a saúde. Um aspecto que é relativamente comum é o facto de existir em cada família um elemento que se empenha mais no papel de cuidador. Este papel passa por ter atenção a possíveis sinais de alteração da saúde de cada membro da família, por preocupações de marcação de consultas, por cuidados com a alimentação e principalmente por tomar a iniciativa de prestar cuidados quando alguém na família está doente.

Em trinta e nove famílias, estas atribuições repousam sobre a mãe, mas também se encontrou que podia ser assumido por outro membro como a filha (cinco) ou o pai (duas) entre outras possibilidades. Esta interpretação, de ser a mãe o elemento na família que habitualmente se responsabiliza pelos cuidados de saúde, ultrapassa os limites do presente estudo, pois outros autores (Oliveira e Bastos, 2000; Sarti, 2003) também encontraram este posicionamento da família.

No discurso produzido sobre as famílias, em quase todas, não se identificou a existência de elementos com alterações severas de saúde, pelo que as experiências das famílias passam pela gestão de transtornos da saúde, transitórios. Estes eventos são os que a família se sente capaz de resolver, de ser auto-suficiente.

Por isso, os contactos com os serviços de saúde são pouco frequentes. Como já se comentou, em vinte entrevistas há um discurso sobre a importância da vigilância de saúde, mas em nenhuma família se percepcionou, uma atenção continuada de práticas de vigilância da saúde, extensiva a todos os elementos.

Também em relação a este aspecto não parece ser tanto a falta de informação, mas sim uma menor prática (com a excepção da vacinação), relacionada com dificuldade em concretizar a vigilância de saúde. Essa dificuldade articula-se com a perspectiva que as famílias têm, da capacidade e qualidade da resposta dos serviços de saúde.

Nas famílias em que é assumido como importante a procura de cuidados de prevenção e quando consideram que não os conseguem obter no serviço público de saúde, procuram esses cuidados, recorrendo a instituições privadas. Em algumas famílias esse processo é facilitado, por pertencerem a outros subsistemas de saúde, permitindo que essas práticas não onerem substancialmente o seu orçamento.

É possível identificar que na totalidade das famílias existe informação sobre comportamentos promotores de saúde relacionados com alimentação, exercício físico, sono e repouso e vigilância da saúde geral e oral. No entanto a extensão e profundidade da informação varia em cada família.

Também se percebeu que a existência de informação não resulta sempre na adopção de comportamentos saudáveis. Muitas razões foram apontadas como causa da não assunção de condutas mais saudáveis. Em relação à alimentação o pouco tempo para a confecção dos alimentos, a difícil adesão de alguns elementos da família a refeições mais equilibradas e diversificadas, foram das mais apontadas.

O exercício físico foi igualmente indicado como promotor de uma vida mais saudável. O factor tempo está presente como condicionando a sua prática e na grande maioria das famílias (trinta) só é realizado por alguns elementos. Só em quatro famílias, é referido que a prática de exercício físico engloba todos os seus membros. Há uma menor associação do sono, a um estilo de vida saudável e este só é valorado, quando surgem as dificuldades em dormir. Tal foi apontado em oito entrevistas, sendo a pessoa afectada, por dificuldades em dormir, a mãe, em todas as referências.

A importância da vigilância da saúde oral está bem presente em todas as famílias e a menor adesão a estas práticas está associada ao facto da inexistência de oferta de consultas, nos serviços públicos. Assim muitas famílias ficam perante o dilema da necessidade de vigilância e a indisponibilidade económica

para a concretizar. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, 1,7% dos portugueses nunca consultaram um técnico de saúde oral, por ser muito caro e 5,8% não o fizeram, no ano anterior, pelo mesmo motivo (INE, I.P. / INSA, I.P., 2009). No entanto, depreendeu-se estar presente em todas as famílias, rotinas de higiene oral nos seus elementos.

As áreas de atenção, relevantes para a enfermagem, foram determinadas a partir do conhecimento da vivência familiar. A identificação dessas áreas permitiu a construção de diagnósticos, pois com base nos dados foi possível emitir um juízo partindo-se assim para a denominação do problema. Mas nem sempre o conceito de diagnóstico é sinónimo de problema. Diagnóstico também pode representar o estado do cliente (indivíduo, família, comunidade), as suas necessidades e as suas potencialidades (CIPE, versão 1.0).

O comportamento de procura de saúde é uma área de atenção que tem integrado todas as versões da CIPE. Por isso, reconhecidamente, faz parte dos focos da prática de enfermagem. Este foco integra-se nas actividades executadas pelo próprio, indicando que as suas características estarão associadas às apresentadas por cada indivíduo. Porém, na própria classificação e relativamente à sua utilização, se explicita a utilização de outros conceitos, da mesma classificação, para clarificar o significado dos diagnósticos e intervenções que se determinam. Assim, o comportamento de procura de saúde, apesar de ser um termo na dependência das actividades individuais pode ser considerado, juntando o termo família, do eixo cliente, um foco de grupo. Por outro lado, no enunciado conceptual da autoria da Ordem do Enfermeiros (2001) está expresso que o cliente dos cuidados de enfermagem pode ser o cliente família. Fundamenta-se assim, na forma, a possibilidade de estender este foco ao grupo família.

Ainda, considerando a função da família de cuidar a saúde e que é na família que se adquirem as crenças e práticas de saúde (Friedman, 1998; Hanson, 2005), é esperado que o comportamento de procura de saúde seja assumido de forma próxima, por cada um dos seus membros. Neste estudo tal foi verificado e por isso poder-se-á falar de comportamento de procura de saúde da família.

Este comportamento revela-se pela utilização dos serviços de saúde e gestão dos cuidados de saúde de que a família necessita de forma aceitável, face

às orientações de vigilância da saúde, de acordo com as singularidades de cada família. Também se revela na procura de cuidados, em situações de alteração do nível de saúde, de qualquer um dos seus membros. Neste particular, das alterações do estado de saúde, encontraram-se excepções pois em algumas famílias há elementos que se prontificam ao primeiro sinal de alteração a procurar cuidados e outros elementos, na mesma família que tendem a adiar essa procura.

Pelas entrevistas pode-se afirmar que o comportamento de procura de saúde está presente concretizando-se na procura de cuidados, utilizando os recursos que estão disponíveis e procurando assegurar outros recursos que as famílias antevejam como necessários. No entanto, também se encontrou famílias (onze) em que as práticas de procura de cuidados de saúde não estão presentes (como perspectiva dominante e comum a todos os seus membros), pelo que nestes casos, se pode avançar que se está perante o diagnóstico de comportamento de procura de saúde comprometido, por inadequado.

Nestas famílias, não se concretiza a procura de cuidados em situações que são percepcionadas como indícios de alterações e de vigilância da saúde. Um possível fundamento para a não existência de práticas de vigilância da saúde, por parte de algumas famílias, estará relacionada com a perspectiva que muitas famílias têm sobre a saúde, baseada na característica dominante de a saúde ser igual à ausência de doença. Logo, se não houver qualquer elemento da família doente, porquê procurar cuidados de saúde? Daí que o problema do comportamento de procura de saúde comprometido, possa não ser sentido como tal, pela família. Serão os enfermeiros a identificá-lo.

Mas também há famílias que desenvolvem esse comportamento, pelo que os enfermeiros poderão identificá-lo igualmente e construir um diagnóstico só que agora positivo ou de potencialidade ficando: comportamento de procura de saúde actual, no sentido que esse comportamento existe ou comportamento de procura de saúde potencial para desenvolvimento, quando a procura pode ser maximizada.

Dentro da área de actividades executadas pelo próprio (CIPE, versão 1.0) também foi identificado o foco de uso de tabaco. Em nenhuma família se detectou que todos os seus elementos fumassem. O fumar será uma actividade individual, no entanto foi também mencionado nas entrevistas, como um

problema de todos. Utilizando os argumentos atrás referidos, poder-se-á então afirmar que este problema também é da família. O diagnóstico que se determina é então de uso de tabaco actual.

Este diagnóstico é passível de ser levantado em cerca de 38,2% das famílias estudadas. Segundo dados do Alto Comissariado da Saúde (Indicadores e Metas do PNS) em 2005, 25,9% de homens e 14,2% de mulheres fumavam no grupo etário dos 15 aos 24 anos e 25,5% e 17,5% de homens e mulheres respectivamente, do grupo etário dos 45 aos 64 anos. Estes grupos etários, embora não coincidentes, correspondem aos de maior percentagem de elementos das famílias estudadas.

Ainda se identificaram vários outros focos que se encontram no âmbito das actividades executadas pelo próprio. Em todos se consideram que o próprio pode ser entendido como se reportando à família. Um dos diagnósticos determinados é divertir-se comprometido. Este problema foi identificado pois foram encontrados dados que representam uma perspectiva de insatisfação da família com a distracção a que era possível aceder, nas circunstâncias do período da vida familiar, por dificuldades manifestas de gestão das actividades diárias. O juízo de comprometido baseia-se na constatação de alguma nostalgia por tempos anteriores em que o problema não se colocava.

Fazer exercício foi uma outra área de atenção que se confirmou como diagnóstico pois os dados permitem determinar que esta actividade está diminuída, em relação à actividade que as famílias consideram desejável para uma vida mais sadia. Poder-se-ia também considerar que estava num nível baixo. Estas diferentes opções estão relacionadas com a realidade das diferentes famílias em que o problema é identificado. Diminuída, nas famílias em que será necessário que os seus elementos alterem o nível de exercício que têm realizado, para que todos mantenham uma boa condição física e mobilidade. O juízo nível baixo pode estar mais relacionado com as famílias em que foi indicado anteriormente, por profissionais de saúde, a necessidade de exercício e por circunstâncias várias, os programas de exercício ainda não foram iniciados ou têm sido realizados de forma descontínua.

Este problema não se coloca exclusivamente na população estudada pois no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de vida, do Ministério da Saúde Português, vem

indicado como objectivo específico: *"aumentar a proporção de população fisicamente activa (pelo menos trinta minutos diários de actividade física moderada) "* (Despacho n.º 1916/2004 (2.ª série), p. 1493).

Ainda integrado nas actividades executadas pelo próprio, encontra-se o foco *hábito* que engloba o padrão alimentar ou de ingestão de líquidos e o padrão de higiene que interessam comentar porque identificados nas famílias estudadas. Em relação ao primeiro, padrão alimentar ou de ingestão de líquidos, pode ser enunciado o diagnóstico de comprometido, por inadequado, comparando com uma alimentação desejavelmente diversificada, com qualidade na confecção, número de refeições e alimentos seleccionados. Também é um propósito das autoridades de saúde que os cidadãos portugueses melhorem a alimentação que realizam, pois no programa de saúde referido anteriormente, são expressos vários objectivos com esse desígnio.

O padrão de higiene, nomeadamente a higiene oral foi um foco identificado e que na quase totalidade das famílias estudadas é um hábito consolidado. Por isso não foi reconhecido como problema, mas é passível de ser enunciado o diagnóstico de padrão de higiene de nível esperado pois se relacionado como um ponto forte das famílias e por isso um diagnóstico positivo, é susceptível de passar para um nível superior. Esta área também é uma prioridade nacional pois no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, está enunciado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

Finalmente, um último foco dentro das actividades executadas pelo próprio foi determinado que se reporta a tomar conta. Este foco ilustra as acções que são desenvolvidas pela pessoa, família, para providenciar cuidados, apoiando as necessidades básicas em todas as idades. Assim foram identificados dados que permitem construir o diagnóstico de tomar conta actual pois as acções de providenciar cuidados encontravam-se presentes e estavam a ser percepcionadas como adequadas e eficazes.

Uma outra área de atenção valorizada nas famílias estudadas relaciona-se com o comportamento interactivo. Este foco contribuiu para a determinação do diagnóstico de comportamento interactivo diminuído. A atribuição do juízo diminuído teve como fundamento a percepção que a interacção entre os elementos da família não estava a ser conseguida com a extensão e profundidade que ansiavam e já conseguida em tempos anteriores.

A interacção é uma característica das famílias (Friedman, 1998; Relvas, 2000), associando-se à visão da família como um sistema. Daí que se considere o comportamento interactivo como foco que pode ser considerado sob a perspectiva da família. Este foco, na CIPE versão 1.0, subordina-se ao termo comportamento, cujo significado é percebido como acção intencional. Tem por seu lado vários focos subordinados que também foram identificados neste estudo.

Um dos focos é a comunicação. Podem ser determinados, a partir deste foco, dois diagnósticos de acordo com as diferentes realidades familiares. Um dos diagnósticos é o de comunicação comprometida. Comprometida porque era entendido que não estava presente na família uma comunicação aberta, com partilha esperada de pensamentos e sentimentos. Um outro diagnóstico pode ser enunciado, o de comunicação diminuída, neste caso relacionado com experiências anteriores na família de uma comunicação mais espontânea e eficaz. No entanto, esta última possibilidade articula-se claramente com a primeira e por isso a opção ser irrelevante.

Relacionado com este diagnóstico foi possível apurar que também se encontrava outro diagnóstico: barreira à comunicação actual. Este diagnóstico foi passível de ser criado face aos dados em que se detectava um bloqueio de algum membro da família, à comunicação aberta e efectiva.

Outra área de atenção dentro do comportamento, que foi possível assinalar, é o comportamento assertivo. Este foco qualifica a expressão de pensamentos e sentimentos de forma directa e apropriada. Ora percebeu-se que numa família os seus elementos não se exprimiam adequadamente, recorriam à dissimulação, criando dificuldades à relação no seio familiar. Foi então determinado o diagnóstico de comportamento assertivo diminuído, pela percepção de ser um tipo de comportamento mais recente.

O apego foi um outro foco que integrando o comportamento interactivo foi delimitado. O apego entendido como vínculo ou aliança, pode estar presente dentro da família, como o laço que une os seus membros, sem constituir problema. No entanto, quando esse vínculo se sobrepõe e compete com os restantes relacionamentos na família, poder-se-á identificar o problema de apego elevado. Este juízo é escolhido por ser indicativo de um vínculo que difere em

intensidade dos laços entre os outros elementos da família, saindo pois da intensidade normal daquela família.

As famílias sobrevivem pela interacção que estabelecem e perpetuam com a comunidade em que estão inseridas. Será pois esperado que a família procure e aceite auxílio em situações de necessidade. Numa realidade familiar estudada, a família não recebia, nem pretendia ajuda de outros, externos ao núcleo familiar. Estes dados são indicativos do problema do apoio social comprometido.

O processo familiar é uma outra área de atenção de enfermagem que é sinónimo de vivência familiar, experiência de vida em família. Para a classificação referida, processo familiar reporta-se às interacções e padrões de relacionamento entre os membros da família. No capítulo anterior foi expresso que este foco está presente em todas as famílias. No que respeita às famílias estudadas, também se mencionou que podem ser levantados dois diagnósticos: processo familiar comprometido e diminuído.

No entanto, mesmo nas famílias em que o processo familiar, percebido como interacções positivas e padrões de relacionamento são sentidas como estando "tudo bem", se pode conceber como possível que este processo se fortaleça e que a família seja alvo de intervenção de enfermagem. Nesta situação pode-se inferir o diagnóstico de processo familiar potencial para desenvolvimento. As intervenções enquadradas nesta área teriam como conteúdo, as relacionadas com a preparação das famílias para as tarefas de desenvolvimento ligadas à transição dos estádios do ciclo familiar. Configurando-se como inseridas nos cuidados antecipatórios, a que família podia aceder e englobando estratégias de capacitação (*empowering*).

Ainda dentro da área do processo, mas agora do processo psicológico encontraram-se dois focos, o da adaptação e o da aceitação. Relativamente ao conceito de adaptação, este reporta-se à habilidade para gerir situações novas e desafios. Na vida de cada família estão presentes inúmeros desafios e esta é continuamente colocada perante novas situações, que lhe impõem uma capacidade de resposta para os ultrapassar ou enfrentar. Porém quer o indivíduo quer a família nem sempre conseguem gerir com sucesso os acontecimentos. Por vezes advêm situações de alteração de saúde da família ou de algum dos seus membros, mas provavelmente a maior parte das famílias desenvolvem capacidades de adaptação. Caso essa capacidade adaptativa não seja eficaz ou

esteja alterada, o que se verificou num número reduzido das famílias estudadas, pode-se classificar esse problema como adaptação comprometida.

Próximo desta área de atenção detectou-se igualmente o foco de aceitação. Muitas famílias conseguem aceitar as vicissitudes da vida e por isso conseguem controlar sentimentos de apreensão e tensão, não enveredando por comportamentos destrutivos. Mas este caminho não será certamente fácil pelo que é possível soçobrar. As dificuldades das famílias nessa capacidade de aceitar podem ser ilustradas pelo diagnóstico de aceitação comprometida ou diminuída, que neste estudo foi identificado numa família.

Numa outra área dos focos temos o *status*, termo da CIPE versão 1.0 que não foi passível de tradução. A sua definição concretiza-se *na "condição da pessoa relativamente a outras, posição relativa de uma pessoa"* (CIPE versão 1.0, p. 91). Apesar de a definição apontar para o indivíduo, ao referir pessoa, retoma-se a argumentação anteriormente apresentada. Pessoa poderá ser entendida por indivíduo, grupo. Por isso, dentro do *status* e do termo saúde, aqui entendida como um processo dinâmico, temos os focos de bem-estar físico e psicológico.

O bem-estar físico é de mais fácil apreensão porque com naturalidade as famílias deixam perceber que sentem ou não uma boa condição física, que controlam os sintomas como a dor e eventualmente estão confortáveis, com o ambiente físico em que se inserem. Na família em que é percebido que esse bem-estar não está presente num ou mais dos seus elementos pode-se determinar o diagnóstico de nenhum bem-estar físico ou bem-estar físico diminuído.

Por sua vez, o bem-estar psicológico de mais difícil detecção, por se reportar a uma imagem mental de estar em boas condições psicológicas, satisfação com o controlo do stress, também é considerado poder ser aplicado à família. Neste estudo, em mais do que uma família, este foco foi percebido como presente mas julgado como negativo. Existia então algum mal-estar. Porém este termo não se encontra expresso na classificação utilizada pelo que a manter-se fidelidade à classificação, o problema é denominado por bem-estar psicológico diminuído. A determinação do juízo diminuído relaciona-se com a aceitação que terá existido no passado o nível de bem-estar psicológico superior ao actual.

Interessa salientar que em relação a estes dois últimos focos discutidos, a própria definição aponta que estes conceitos de bem-estar são entendidos como

uma imagem mental, indicando o nível de subjectividade que lhes é inerente. A sua percepção, por outros, nomeadamente por profissionais de saúde, assenta na perspectiva que lhes é reportada pela pessoa ou família em causa.

Dentro do *status*, mas agora social, também neste estudo foram identificados dois focos. Um foi o do isolamento social que pode ser entendido como posição relativa de uma família. Esta definição reporta para a situação em que determinada família não esteja integrada na comunidade onde reside, não estabelecendo relacionamentos com vizinhos ou instituições da comunidade. Face a esta situação poder-se-á afirmar que o problema é o de isolamento social actual. Numa família foi possível detectar indícios de algum afastamento, num processo de reforçar as fronteiras da família no sentido da auto-suficiência. Estes indícios permitem enunciar o diagnóstico de risco de isolamento social.

Já anteriormente foi referido o diagnóstico de apoio social comprometido e este diagnóstico tem ligação com o do isolamento social actual ou em risco. O primeiro refere-se a comportamento, neste caso da família e no segundo a perspectiva presente é a condição da família relativa a outras famílias ou comunidade. Por isso tem como possibilidade entender-se esta questão como uma visão que parte do interior da família ou externa à família, quando percepcionada por outros.

Curiosamente estes diagnósticos foram levantados na mesma família podendo indicar a irrelevância da utilização dos dois, como base para a necessidade de intervenções de enfermagem. Isto no pressuposto que as intervenções seriam sobreponíveis, logo, a duplicação da expressão da necessidade, afigura-se escusado.

Continuando no âmbito do *status* social, foi ainda determinado o foco rendimento familiar. Este foco remete para os recursos económicos que permitem à família cobrir as suas despesas e a gestão do orçamento familiar. A identificação deste foco só foi conduzida numa família, perante o relato de possível desemprego dos pais, colocando grande apreensão sobre a capacidade futura de obtenção de recursos que permitam o sustento da família. Em face do exposto, o diagnóstico de rendimento familiar em risco, foi estabelecido.

Termina-se a discussão sobre os diagnósticos que os resultados tornaram passíveis de demarcação, pela referência ao foco - satisfação conjugal. Neste foco

está-se perante a continuidade da realização dos desejos e emoções gratificantes de um casal (CIPE versão 1.0). Há alguma fragilidade na determinação deste foco, pelo procedimento desenvolvido neste estudo. Explicitando melhor, os informantes da vida familiar, utilizados para a obtenção dos dados, foram os jovens das famílias e da população inquirida, só um estava casado.

Logo, existindo insatisfação conjugal, esta tinha de ser "pública" no seio familiar, para ser possível a sua identificação. Na realidade, em alguns dos discursos produzidos detectou-se indícios que apontavam para uma menor satisfação conjugal. Todavia, o foco só foi considerado nas famílias em que esses indícios eram coadjuvados pela informação que se colheu ao construir os diagramas de proximidade. Da análise dos diagramas percebeu-se que nalgumas famílias em que era possível a identificação de sinais de menor satisfação conjugal, encontrou-se igualmente, a referência a laços de proximidade entre o casal mais ténues que os de cada elemento do casal, com outros elementos da família.

Por isso se assumiu, identificar o foco satisfação conjugal. Este foco concorrerá então, para a determinação de um diagnóstico. A atribuição da opinião clínica sobre este foco também se mostrou problemática. Podia-se equacionar o juízo comprometida, porque alterada, ou diminuída, no pressuposto que teria havido no passado uma maior satisfação. Podia ainda ser avançado o juízo de nível decrescente, mas era manifestar a crença que a satisfação conjugal poderia continuar a ser cada vez menor. O julgamento feito sobre o foco incidiu no termo diminuída, pois se a menor satisfação conjugal era sentida dentro da família é porque estava presente a percepção de que anteriormente a satisfação conjugal seria mais elevada ou então porque tinham outras famílias como comparação.

Se estes resultados indicaram a existência de problemas em algumas famílias, com possibilidade de determinação de diagnósticos a partir dos quais os enfermeiros podem desenhar as intervenções, também mostraram que há famílias sem problemas ou em que os problemas não foram detectáveis, com a avaliação utilizada. Foi igualmente possível identificar focos que não foram indicativos de problemas mas que permitiram perceber as áreas de potencialidade das famílias e foram por isso construídos diagnósticos com juízo positivo.

Atendendo à juventude da CIPE é esperado que haja poucos trabalhos em que a classificação seja utilizada, mormente a versão 1.0. Como consequência a comparação dos dados deste estudo com outros achados torna-se inviável. No entanto, a Ordem do Enfermeiros, em Outubro de 2007, publicitou o "Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem" que integra os principais focos a considerar para esse resumo e integração no Sistema de Informação de Enfermagem (SIE).

A apresentação dos focos está organizada pela junção a diferentes contextos da prática de enfermagem, onde é expectável que os mesmos sejam identificados. Todavia não é apresentado nenhum foco que corresponda a qualquer organização dos dados que se reporte à saúde familiar, mesmo no contexto do centro de saúde. Talvez por isso, no conjunto de focos apresentado nesse documento, só se encontra integrado um dos focos identificados neste estudo que é o foco *tomar conta*.

Todavia já em 2008, o ICN publica o primeiro catálogo relacionado com a promoção da adesão ao tratamento e nesse catálogo pode-se encontrar alguns dos focos/diagnósticos, determinados neste estudo, tais como: aceitação, obstáculos á comunicação, comportamento de procura da saúde, adaptação, processo familiar (ICN, 2008).

Neste estudo não foram alvo de análise as alterações fisiopatológicas que foram relatadas como presentes em alguns elementos das famílias. Por isso, as alterações existentes, não podem subsidiar a construção de qualquer perspectiva sobre a ausência de saúde com base na presença de doença nas famílias estudadas. Não foi, portanto, ensaiada a construção de taxas de morbilidade ou prevalência de afecções.

No entanto, relembra-se que um objectivo do estudo é a identificação das necessidades das famílias em cuidados de saúde. Ora, não se questiona a pertinência das alterações do estado físico, como base para a existência de necessidades em saúde. Certamente que existindo, por si só, são motivo para um acompanhamento do elemento/família pelos serviços de saúde e não é aceitável, pelo menos na perspectiva do profissional de saúde que ele não seja facultado ou solicitado.

Então, esta aparente controvérsia explica-se por duas ordens de factores. Por um lado, o interesse em se determinar as necessidades em saúde da família que não se restringissem à identificação de alterações fisiopatológicas. Até porque, como as famílias previsivelmente não saberiam diagnosticar essas alterações, se elas fossem mencionadas durante a entrevista, era sinal que já teria existido um contacto com um profissional de saúde responsável pelo seu diagnóstico. Logo, era uma necessidade em saúde já identificada.

Por isso as necessidades a identificar podiam englobar outras possibilidades entendidas, por parte das famílias, como carências em saúde. Concebia-se como necessidades possíveis as ligadas à vigilância da saúde, à menor informação sobre estilos de vida e comportamentos saudáveis. Mas também, a identificação de potencialidades na família.

Por outro lado, estava presente o propósito de identificar as áreas de atenção relevantes para a enfermagem. A identificação das alterações fisiopatológicas não se enquadra nessa perspectiva, pois os enfermeiros não são os responsáveis pela intervenção, no que concerne à prescrição de medidas conducentes à sua resolução. Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem afirma-se: *"distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) ..."* (OE, 2001, p. 9).

Como foi referido no capítulo anterior, na análise também se procurou identificar as características da família que indicam que a família será saudável e para tal partiu-se para a triangulação teórica, como foi clarificado no procedimento metodológico.

O conceito de família saudável que neste estudo está em causa, não se reporta à perspectiva do modelo clínico, já apresentada, que se limita à determinação da ausência de disfunção física, psicológica ou social. Relaciona-se, sim, com a visão de Lewis (1979) sobre competência familiar, em que as famílias saudáveis estariam num extremo do contínuo de competência. Esta perspectiva está mais relacionada com os modelos de desempenho de papel e modelo adaptativo, como base para a concepção de família saudável.

Segundo esta perspectiva, neste estudo encontraram-se várias famílias que tinham presentes as características que as identificam como competentes. Os

resultados clarificaram que em onze famílias existe um casamento sólido, com intimidade, poder partilhado e cooperação entre os pais. Nessas famílias o poder paternal é democrático, pois os descendentes sentem que a sua perspectiva é ouvida e que contribuem para a resolução das situações que se vão colocando. Em consequência a liderança é claramente dos pais mas o seu poder não resvala para a tirania.

Nestas famílias há proximidade familiar, os seus elementos sentem-se comprometidos uns com os outros, há orgulho na família. Mas esta coesão não passa por um fechamento da família, pois também existe abertura aos outros e à realidade externa à família.

Ainda nestas famílias, a comunicação é espontânea, estão presentes estratégias para criar momentos em que haja espaço para comunicar. Há por isso abertura, para que todos os membros da família se expressem, indicando existir uma comunicação efectiva.

Também nestas famílias a resolução dos problemas tem sido efectiva. Os problemas que se colocam à família não tomam, por isso, proporções que os tornariam dificilmente enfrentáveis. Nestas famílias os problemas são resolvidos, de tal forma que não deixam memória, convertendo-se em etapas que foram ultrapassadas.

Estas famílias têm presente a abertura para a partilha de sentimentos, desde os mais agradáveis a outros menos afáveis, pois cultivam o respeito mútuo. A família promove uma interacção espontânea, não estereotipada. Esta abertura à partilha de sentimentos é acompanhada pela existência do humor na família.

Todas as famílias ao longo da sua vida sofrem perdas, algumas que provocam grande sofrimento. Estas famílias estudadas, que são percebidas como saudáveis, também tiveram perdas no seu percurso. Conseguiram lidar com essas perdas e alterações que foram ocorrendo, através do processo de luto.

Nestas famílias há um conjunto de valores que indicam uma crença na solidariedade com o outro, contrária a um espírito de oposição, de antagonismo. Aceita-se que a pessoa possa ter atitudes menos correctas, mas que podem ser alteradas posteriormente, pois está presente a crença na humanidade. Por isso

não se percebe que sejam emitidos juízos facilmente ou que estejam presentes um conjunto de preconceitos.

A autonomia e intimidade presentes nestas famílias, consideradas saudáveis, são fomentadas pelos pais e pelos restantes membros da família. Há um percurso percebido de caminho para a autonomia dos descendentes, acompanhada de aumento de responsabilidade mas com proximidade pois continuam a cultivar a intimidade.

Estas características são aceites pelo autor referido (Lewis, 1979) como as centrais para que se considere estar perante uma família saudável. No entanto outras perspectivas se podem associar e que neste estudo também foram determinadas. As actividades da família na comunidade, são uma opção que algumas famílias abraçam. Este envolvimento possibilita uma abertura da família para as questões comuns a outros cidadãos, para o mundo exterior e implica que a família sofra uma maior quantidade de estímulos, promovendo uma maior capacidade de os gerir.

Próximo desta característica familiar está uma outra particularidade de algumas famílias, valorizada por McCubbin e McCubbin (1993, referida por Friedman, 1998) e Lewis *et al* (1976) que se relaciona com a flexibilidade da família. Esta característica contrapõe-se à da rigidez, prognosticando uma maior capacidade das famílias para enfrentar os desafios que se lhes colocam. Por isso, McCubbin e McCubbin (1993) denominam as famílias com um grau elevado de flexibilidade - Famílias Elásticas, reconhecendo-as como mais competentes.

Uma outra característica considerada no estudo refere-se à mitologia da família. Como foi referido a mitologia (Lewis *et al*, 1976) tem como fundamento a congruência entre a realidade familiar e a imagem que é transmitida ou construída dessa realidade. Se bem que reconhecidamente a identificação desta característica foi fruto de um processo difícil de análise, os dados colhidos neste estudo apontam para uma sobreposição das realidades expressas e observadas em noventa por cento das famílias. A existência desta coerência é mais um factor indicativo de competência da família.

Assim, relativamente ao constructo família saudável, onze famílias têm as características que indicam que são famílias saudáveis. Parece que estas famílias, estão a conseguir realizar com sucesso as duas tarefas centrais da família.

Poderá ser um número mais elevado de famílias pois há trinta e quatro famílias que apesar de não apresentarem todas as características, têm presentes cinco ou mais dessas características. Estas trinta e quatro famílias também poderão ser denominadas de famílias vacilantes (Lewis, 1979) por se encontrarem no contínuo de competência familiar, próximo das famílias saudáveis (competência máxima).

Um ponto importa discutir, porquê considerar estas famílias como saudáveis quando eventualmente têm um ou mais membros, com disfunções físicas?

Esta questão coloca-se naturalmente ao profissional de saúde pois a sua formação baseia-se no desenvolvimento de competências que lhe permitam identificar os problemas de saúde, os desvios a uma desejável normalidade e contribuir para a sua resolução. Por isso conhecer as famílias e determinar se qualquer um dos seus elementos apresenta sinais ou sintomas de alteração do funcionamento físico, identificar a incidência ou a prevalência de qualquer afecção é uma competência básica.

Também em enfermagem, se incide sobre a relevância de se identificar as respostas humanas aos problemas de saúde, de vida (ANA, 1995), construir os diagnósticos, como um passo prévio para determinar necessidades em cuidados de enfermagem. Esta perspectiva está mais próxima do que tradicionalmente se considera como foco de interesse para os profissionais de saúde, o indivíduo e não o grupo, como é a família. No entanto, como foi referido anteriormente, a mesma perspectiva sobre o que é relevante para a enfermagem, pode ser expandido para englobar a família como foco de interesse.

Os resultados mostram que se encontraram famílias com as características que concorrem para serem consideradas saudáveis e nas quais foram identificados diagnósticos como sinónimos de problemas. Por outro lado não foram determinados diagnósticos em quinze famílias que são em número superior às que foram consideradas saudáveis (onze famílias). Daí se poder admitir que as chamadas famílias vacilantes podem não ter expressão em diagnósticos quer como sinónimo de problema quer como de potencialidade.

Mas estes resultados também podem advir de duas ordens de dificuldades. Por um lado as resultantes da determinação das características

(unidades de análise) associadas a famílias saudáveis. Uma segunda ordem de razões relaciona-se com a provável menor capacidade para identificar áreas de atenção no âmbito das potencialidades da família. Para ilustrar esta última dificuldade atente-se à discussão anterior sobre o foco processo familiar. Em consonância com essa discussão parece ser viável a identificação do diagnóstico processo familiar potencial para desenvolvimento, nas famílias que integram o grupo de vacilantes.

Face ao exposto retoma-se a questão pela sua pertinência. Para tentar responder a esta pergunta pode-se então, recorrer a uma variedade de argumentos. Um dos argumentos tem por base a visão de Wrigth (2003) sobre os problemas da família. Refere esta autora que os problemas na família não estão em cada elemento mas nas relações que estes estabelecem uns com os outros. Portanto, nesta perspectiva poderá haver famílias com relações saudáveis mesmo que os seus elementos não estejam livres de problemas físicos e o contrário também é eventualmente possível porquanto poderão existir famílias em que os seus membros estejam "saudáveis", porém as relações que estabelecem entre si serem menos saudáveis.

Nesta discussão, recorre-se às diferentes perspectivas sobre saúde familiar já abordadas anteriormente neste capítulo. Pode-se ainda acrescentar o que é apontado por Hanson (2005) quando afirma que o termo saúde familiar tem sido mais vezes conotado com o estado mental, do que com a saúde física. Há sempre a possibilidade de construir o conceito de saúde familiar recorrendo à CIPE versão 1.0 pela junção dos termos saúde e família presentes na classificação. Ter-se-ia uma noção sobre saúde como um *"processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade"* (p. 95), cujo actor desse processo é a família.

Esta definição reporta para um extremo de potencialidade máxima mas não parece excluir a possibilidade de existir um nível inferior de bem-estar físico, incapacidade. Abre, pelo contrário, o âmbito das necessidades em saúde, ao não as restringir à presença de doença. Como se verificou, o conceito de saúde, em várias das famílias estudadas, é sinónimo de ausência de doença, tendo como consequência uma limitação da percepção das necessidades em saúde.

Retomando a questão sobre se será possível considerar saudáveis as famílias que eventualmente tenham um ou mais dos seus membros com disfunções, a resposta poderá passar não tanto pelo não, mas mais pelo sim. Ou seja, porque não considerar que se está perante uma família saudável, quando o relacionamento entre os seus membros representa uma fonte para o crescimento de crianças saudáveis e autónomas, e os pais continuam a desenvolver a sua identidade, mesmo que também esteja presente em qualquer um dos seus membros, um problema físico.

A perspectiva presente neste trabalho estará pois mais relacionada com a visão de adaptação ou desempenho do papel, do que com o modelo clínico (Loveland-Cherry, 1986). Mas, mais importante que o rótulo que se atribui a cada família será conhecê-la e às suas circunstâncias e perceber a sua perspectiva sobre a saúde.

Conhecer esta população provocou alguma surpresa. De facto a maioria das famílias parece ter um bom funcionamento.

Ao se equacionar que se está perante famílias com adultos jovens que têm um bom desempenho escolar, pois a nota de acesso ao curso foi cerca de dezasseis valores, será que há alguma relação? Uma vez que o acesso a esta população se processou através destes jovens, seria de esperar que a família não tivesse problemas?

Questionando esta possibilidade identifica-se o projecto PISA (OCDE, 2001) sobre avaliação do desempenho de alunos no ensino secundário. Nesse trabalho, de âmbito internacional, as conclusões indicavam que um bom relacionamento familiar estava presente na maior parte das famílias dos alunos com sucesso e na grande maioria dos países. Outra possível correlação positiva que o estudo também apontava era a que relacionava o sucesso escolar com o quanto mais prestigiadas profissões os pais exerciam.

Ressalte-se que a pesquisa (projecto PISA) foi realizada com estudantes do ensino secundário e todos os informantes do estudo presente, já terminaram o ensino secundário.

Na primeira conclusão do estudo PISA referido, pode estar a explicação para o facto da quase totalidade das famílias desta população parecerem ter um bom funcionamento, no sentido de aparentemente desenvolverem com sucesso

as tarefas que se colocam na sua evolução e terem elementos que concluíram com êxito o ensino secundário.

Não parece ser possível identificar, na população estudada, a segunda correlação positiva apresentada. Nesta população não há uma prevalência de profissões dos pais com elevado reconhecimento social.

Para concluir a discussão dos resultados importa considerar os objectivos do estudo.

Um dos objectivos enunciados relacionava-se com a identificação da existência de contacto entre as famílias e os enfermeiros. Como se previa, em todas as famílias já ocorreram, no passado, momentos em que os seus membros foram alvo de cuidados de enfermagem. Comum a todas as famílias foi as actividades de vacinação. Mas em muitas famílias os contactos restringem-se a essa actividade. Como consequência poucas referem que serão capazes de identificar a pessoa/enfermeiro e inclusive a estrutura física onde se processou a vacinação. No entanto nas famílias que com mais frequência recorrem aos serviços de saúde há relacionamento com enfermeiros, se bem que maioritariamente essas deslocações tenham como objectivo a consulta médica. Acresce que nas famílias em que a utilização dos serviços de saúde é do sector privado, não foi referido o contacto com enfermeiros, com a excepção das situações em que foram contratados para irem prestar cuidados a algum membro da família, no seu domicílio.

Estes resultados conduzem à reflexão sobre um outro objectivo. Pretendia-se perceber se nas famílias em que eventualmente tivesse ocorrido contacto com os enfermeiros se este tinha sido de iniciativa da família ou dos enfermeiros. Nas situações em que foi reportado esse contacto, o mesmo aconteceu por iniciativa das famílias. Reconhece-se que é prática comum, nas situações de atraso do esquema vacinal que os enfermeiros tentem junto das famílias a sua adesão à vacinação, todavia tal não foi referido e por isso se assumir que nestas famílias a iniciativa dos contactos foi mesmo das famílias. Exceptuam-se as situações esporádicas referidas em cinco famílias, em que foi mencionado terem os enfermeiros realizado sessões de educação para a saúde, nas escolas que os membros mais novos dessas famílias frequentavam.

Articulando-se com este objectivo, um outro foi traçado, aludindo, este outro, a descobrir se as famílias que tiveram contacto com os enfermeiros queriam manter o contacto. Percebe-se a articulação entre estes dois objectivos, pelo facto de os resultados indicarem que os contactos foram de iniciativa das famílias. Ora provavelmente a existirem novos contactos, estes continuarão a ser de iniciativa das famílias. Os dados também indicam que as famílias recorrem a cuidados de saúde maioritariamente quando identificam um problema de saúde. Por isso uma relação com os enfermeiros mais continuada, não será uma probabilidade equacionada pelas famílias. Os dados não evidenciam qualquer intenção das famílias quererem manter um contacto mais frequente com os enfermeiros.

Caracterizar o âmbito da interacção que tivesse ocorrido entre as famílias e os enfermeiros era um outro objectivo. Concebia-se como possível que as intervenções de enfermagem realizadas abrangessem os três níveis de prevenção. Não se identificou, neste estudo qualquer menção a actividades de enfermagem que se possam enquadrar como de prevenção terciária. A generalidade das actividades de enfermagem relatadas pode ser delimitada como actividades de prevenção primária, especialmente no âmbito da protecção específica (actividades de vacinação). Mas também dos contactos relatados, pode-se aferir actividades de promoção da saúde, como as sessões de educação para a saúde. Todas as restantes podem-se agrupar na área da prevenção secundária, pois são as que ocorreram nos serviços de saúde ou no domicílio das famílias, nas situações de problemas de saúde de qualquer membro das famílias.

Perceber se as famílias foram contactadas através da prestação de cuidados a um elemento da família ou à família como um todo, foi outro objectivo delineado para este estudo. Já se apresentou, anteriormente, que o exercício de enfermagem se tem focalizado mais na prestação de cuidados ao indivíduo. Também se realçou que as actividades de enfermagem se podem dirigir a grupos como a família ou a comunidade.

No discurso produzido sobre a vivência das famílias, alvo deste estudo, nenhum indício foi encontrado sobre as famílias terem sido, no seu todo, objecto de interesse dos enfermeiros. Se bem que pelos dados não se possa afirmar o intuito que iluminava as intervenções de enfermagem relatadas, os mesmos sustentam que essa perspectiva não foi percepcionada pela família. Por isso, os

resultados apontam para que as famílias foram contactadas através da prestação de cuidados a um elemento da família.

Foram ainda delineados um conjunto de objectivos relacionados com a perspectiva das famílias, sobre possíveis contactos com enfermeiros. Um desses objectivos relacionava-se com o facto de as famílias considerarem relevante que os enfermeiros as conheçam. Nos dados não se identificou nenhuma afirmação indicativa dessa relevância. Há alguma limitação nesta inferência pois os dados reportam-se essencialmente à experiência de vida das famílias mais do que às perspectivas futuras do percurso das famílias. No entanto, durante as entrevistas nada foi avançado, nomeadamente aquando da abordagem da relação das famílias com os serviços de saúde e os seus profissionais, que fosse indicativo do possível papel dos enfermeiros e da sua relevância para as famílias.

Os resultados evidenciam que há dezasseis famílias que sentem necessidade de ser conhecidas pelos enfermeiros. Esta necessidade está presente quando as famílias ou algum dos seus membros sofre de problemas de saúde e por isso têm necessidades em cuidados. Nestas situações percebe-se que há uma identificação de qual ou quais os profissionais de saúde que a família deve procurar. Parece pois que as famílias associam algumas actividades como específicas a cada grupo profissional de saúde. Por isso o âmbito do exercício profissional de enfermagem é reconhecido como estando ligado à existência de problemas de saúde. Daí que as famílias não encontrem relevância no contacto com os enfermeiros a menos que tenham um problema de saúde. Assim os resultados permitem dar resposta ao objectivo: descobrir se as famílias sentem necessidade de ser conhecidas pelos enfermeiros.

Um outro objectivo, este relacionado com a percepção de se as famílias desejam ser contactadas pelos enfermeiros. Continua-se dentro do mesmo registo da relação família/enfermeiros. Como se viu, as famílias se tiverem problemas, querem ter uma ligação com os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Se não tiverem, não consideram que haja relevância em serem conhecidas pelos enfermeiros. Parece pois que também não desejarão ser contactadas, nestas circunstâncias de não doença, pelos enfermeiros. No entanto não enjeitam esse contacto. O que se encontrou nos dados está mais relacionado com o facto de as famílias perceberem que como usualmente há poucos recursos nos serviços de saúde que estes sejam utilizados

nas situações de maior necessidade (leia-se doença). Desejam sim, uma resposta adequada, caso tenham problemas e solicitem ajuda.

Também era propósito deste estudo a identificação das necessidades de saúde das famílias. Em capítulos anteriores já se explicitou que as necessidades de saúde podem ser identificadas pelos profissionais de saúde e podem coincidir com a apreciação que o próprio indivíduo/família faz. Falou-se então de necessidades reais e sentidas. Neste estudo conseguiu-se determinar necessidades em saúde e perceber que nestas famílias há problemas que a mesma percepciona e outros problemas que não sendo sentidos pela família como tal, foram passíveis de identificação, a partir dos dados. Esses problemas identificados foram apresentados no capítulo anterior e já discutidos neste capítulo.

Neste trabalho, o objecto de estudo foram as famílias com jovens adultos. Pressupunha-se que as famílias, no estádio cinco do ciclo vital familiar, poderiam apresentar particularidades que se revelassem como potenciais ou reais necessidades de saúde. Tal não se manifestou. Parece que estas famílias estão a cumprir com sucesso as tarefas que se colocam nesta fase de desenvolvimento da vida familiar. Como refere Relvas (2000) os pais estarão de certo modo preparados para a saída dos filhos depois de passarem com êxito a fase anterior das famílias com adolescentes. Nas famílias estudadas, o relacionamento entre pais e filhos (quando estes já passaram a adolescência) aparenta basear-se no reconhecimento da maturidade e autonomia dos descendentes. Acresce a situação de dependência económica que estes ainda apresentam.

Estes dados vêm de encontro à perspectiva de Arnett (2004), sobre os indivíduos deste grupo etário, serem considerados como estando no período da *adultez emergente*. De facto, os informantes não poderão ser considerados adolescentes ou jovens adultos. Adolescentes porque já com a maioridade, com uma autonomia reconhecida, superior a períodos anteriores e recentes. Não serem jovens adultos pois, em fase dos atributos que usualmente se utiliza para caracterizar os adultos, como sair de casa, formação concluída, casamento, paternidade, os filhos inquiridos destas famílias, não os apresentam. Encontraram-se alguns dos informantes que não estavam a viver na casa da família, porque deslocados para estudar. Um dos informantes é casado e também tem o atributo da paternidade. Mas não se identificou que algum tivesse todas as

características. Como refere Arnett (2007) adulto será o indivíduo que aceita a responsabilidade por si próprio, toma decisões autónomas e é independente financeiramente.

As circunstâncias já referidas que na actualidade podem concorrer para o atraso na emancipação dos filhos, não foram identificadas como susceptíveis de se repercutirem no nível de saúde da família. As famílias que tinham filhos desempregados ou à procura do primeiro emprego não apresentaram indícios que essa situação estivesse a constituir-se como um problema que as famílias não conseguiam gerir. No entanto, foi perceptível alguma preocupação e que a família se tentava adaptar a essa circunstância que se acreditava ser transitória.

Nas restantes famílias a descendência ainda está em período de formação e consequentemente o momento de emancipação ainda não será sentido como crítico, pois ainda decorre o investimento da família com esse objectivo. Nas famílias em que alguns descendentes já terminaram a formação, estes conseguiram entrar no mercado de trabalho e alguns também já saíram de casa. Nestas situações a tarefa de aceitar a saída dos filhos é concretizada com sucesso. Os resultados indicam, assim, que não se pode associar problemas singulares, relacionados a esta fase do ciclo vital da família.

No entanto, uma outra possível explicação importa levantar. Relaciona-se com a eventualidade do instrumento de colheita de dados, o Modelo de Avaliação de Friedman utilizado como base para a condução das entrevistas, não ser suficientemente sensível para aceder à detecção de problemas destas famílias. Esta explicação parece todavia pouco verosímil atendendo a que a entrevista não foi estruturada, com a aplicação taxativa do modelo. Um outro factor pode constituir-se como fundamento, este mais relacionado com a escolha do informante da família. Poder-se-á aventar que outra opção de acesso à vivência das famílias permitiria obter outros resultados. Quando se discutiu a metodologia do estudo, já se apreciou esta opção.

Mesmo colocando essas limitações, como passíveis de terem ocorrido, os resultados mostram que há famílias que não apresentam problemas e outras há em que os indícios da existência de problemas estão presentes. Também se percepcionou, por isso, que algumas famílias têm necessidade de saúde e outras sentem igualmente necessidades em cuidados de saúde. Mas as necessidades de

saúde detectadas nestas famílias, não se configuram como específicas por as famílias se encontrarem no estádio cinco.

Considerando estas famílias não pela perspectiva dos problemas mas pela óptica das suas forças e capacidades, este estudo aponta para a existência de famílias competentes que gerem os desafios de cada dia com sucesso, logo famílias saudáveis.

CAPÍTULO 7- CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Neste capítulo final inclui-se uma síntese dos resultados que permitem avançar para as conclusões do estudo. São ainda introduzidos aspectos que se consubstanciam como sugestões ou implicações para a prática.

No estudo desenvolvido foi possível aceder à vivência de famílias no estádio cinco do ciclo vital da família (Relvas, 2000). Pretendia-se descobrir se as famílias, nesta fase do ciclo vital, supostamente com um menor contacto com os serviços de saúde, atendendo às idades predominantes dos seus membros, teriam necessidades em saúde. Tais necessidades poderiam ser de uma grandeza maior e de natureza diversa, pelo facto de, pelo menos, um dos seus elementos estar no início da maioridade.

Estes são os objectivos que foram delineados quando se avançou para o trabalho. E com a sua realização foi viável percepcionar-se as necessidades em saúde dessas famílias. No entanto, nenhumas das necessidades de saúde identificadas se podem configurar como sendo exclusivas, de famílias no estádio cinco do ciclo vital.

A percepção da realidade das famílias foi conseguida através da narrativa de um elemento de cada família. A expressão da vivência familiar, através de um informante com as características (idade e posição no sistema familiar) apresentadas pelos que colaboraram no estudo, é pouco usual. Esta opção revelou-se um contributo significativo para a construção da perspectiva sobre as famílias com filhos adultos.

Neste estudo, os elementos das famílias que já tinham terminado os estudos secundários ficam melhor caracterizados pela denominação de estarem no período de adultez emergente, do que a de jovens adultos (seguindo a argumentação de Arnett, 2004). Aceitando-se esta perspectiva, o título do estudo teria uma outra redacção: a família com descendentes no período da adultez emergente e as necessidades em cuidados de saúde.

Retiram-se como principais resultados:

- A identificação de famílias saudáveis, competentes, pois está presente um casamento forte, poder paternal democrático, coesão familiar, comunicação aberta e espontânea, capacidade de solucionar problemas, abertura na partilha de sentimentos, aceitar e lidar com as perdas, crença na bondade humana, intimidade e autonomia;

- São famílias que parecem conseguir realizar a sua principal missão de encorajar o crescimento contínuo dos pais e criar pessoas autónomas e saudáveis;

- Parecem famílias capazes de lidar com sucesso as tarefas de desenvolvimento inerentes ao estádio cinco, de conciliar a saída dos filhos e as entradas de novos elementos. Não se encontraram indícios de não estarem preparadas para a saída dos filhos de casa e nas famílias em que tal ocorreu (por casamento), houve a integração na esfera familiar dos novos membros;

- Há famílias que revelam algumas fragilidades ou mais dificuldades no seu percurso. Estas famílias apresentam debilidades nas características consideradas, nomeadamente uma menor coesão familiar e união do casal, o poder é mais autoritário, há uma menor capacidade de intimidade e de partilha de sentimentos e por isso uma maior dificuldade na comunicação.

Mas, para além deste núcleo de resultados que não se anteviram inicialmente como área de observação da pesquisa realizada, também se identificaram focos de atenção para a enfermagem, anteriormente apresentados, associados a necessidade em saúde destas famílias, nomeadamente:

- Uso de tabaco, em alguns membros das famílias estudadas. Não se encontrou qualquer família em que o uso de tabaco estivesse presente em todos os membros. No entanto, este problema, é sentido como algo que envolve toda a família e em algumas já houve iniciativas para a sua resolução e em outras famílias é uma questão que está equacionada para se tentar resolver. Em todas as situações, por iniciativa de alguns elementos da família ou de toda a família;

- Comportamento de procura de saúde, pois não é geral que todas as famílias procurem cuidados de saúde quando algum membro apresenta alterações e cumpram programas de vigilância da saúde;

- Comunicação, também associado a uma perspectiva que concorre, quando a comunicação é aberta, espontânea, para que a família seja considerada saudável. Mas nem em todas as famílias estudadas se identificou a comunicação com estas características, pelo que foi determinado o problema na comunicação;

- Processo familiar, representando um problema na interacção entre os membros das famílias ou como caracterização das interacções positivas dentro da família ou ainda como processo com potencial para ser desenvolvido;

Se dos focos determinados, alguns têm um carácter mais individual, a quase totalidade podem ser considerados como respeitando à família, como entidade una.

Não foi propósito deste trabalho encontrar junto das famílias a certificação das necessidades de saúde detectadas. Assim, muitos dos focos de atenção identificados, e a consequente construção dos diagnósticos de enfermagem, corresponderão a necessidades reais destas famílias. Certo é que também alguns dos focos foram reportados pelos informantes e por isso se poder concluir que corresponderão a necessidades de saúde sentidas. Fica pois por clarificar se as necessidades reais poderão ser igualmente percepcionadas, como tal, pelas famílias.

Encontrou-se, neste trabalho, indícios de associação, que não foi explorada, entre as crenças em saúde, presente no seio familiar e a identificação, pela família, de necessidades em saúde.

Adoptando uma perspectiva extrema, percebe-se que nas famílias que consideram que os seus membros estão saudáveis, quando não apresentam qualquer sinal ou sintoma de alteração física ou psíquica, é nula a sua procura de cuidados de saúde (a excepção coloca-se ao nível da vacinação, como já foi referido). As famílias procuram os cuidados de saúde, quando realmente percepcionam que algo não estará bem e desejam, nessa situação, que a resposta das instituições de saúde seja célere.

Muitas famílias terão então, pouca confiança na capacidade de serem eficazmente atendidas nos serviços de saúde públicos e optam por contratar seguros de saúde que lhes permitem obter uma outra resposta assistencial.

Neste trabalho ficou caracterizado o relacionamento entre as famílias e os serviços de saúde, nomeadamente serviços públicos de saúde. Também se pode concluir que não havendo um contacto próximo e algo frequente com as instituições de saúde não é possível que as famílias conheçam os enfermeiros. Nas famílias em que é possível que consigam identificar um profissional de saúde, é o médico de família o mais referido.

As famílias nunca foram alvo de contacto por parte dos profissionais de saúde, não o considerando muito relevante, talvez pelo seu percurso sem problemas de saúde. Como tal:

- Existe uma utilização não continuada, por parte de algumas famílias, dos serviços de saúde públicos. Nestes casos, a utilização relaciona-se essencialmente com a procura de resolução de problemas de saúde. Esta razão está também na base da procura de cuidados de saúde privados, a quase totalidade facilitada, pela existência de subsistemas ou seguros de saúde.

- Em todos os relatos, a iniciativa do contacto com os serviços de saúde partiu da família e na quase totalidade o profissional com quem queriam estabelecer a ligação era com o médico;

- É mais residual a situação de procura de cuidados de saúde com o objectivo de vigilância e quando ocorre está associada, predominantemente, às mulheres/mães e às famílias onde a vigilância em saúde infantil é pertinente. Todavia, não foram relatadas situações de incumprimento do programa de vacinação, dos diferentes elementos das famílias;

O percurso das famílias parece não se cruzar com os profissionais de saúde, apontando para que a função de cuidar a saúde da família seja concretizada de forma auto-suficiente.

Há um pequeno número de famílias que têm práticas de vigilância de saúde, mas mesmo nessas famílias, essas práticas não são, em todas, gerais à totalidade dos seus membros. No entanto, é um objectivo que é valorizado em termos de discurso, mas que não é colocado em prática.

A valorização da vigilância da saúde, nestas famílias, não advém das orientações dos profissionais de saúde, mas da importância que é, reconhecidamente, dada na sociedade, nomeadamente através dos meios de comunicação social.

Também este meio é fonte de informação sobre estilos de vida saudáveis e na generalidade, as famílias associam práticas saudáveis a uma alimentação equilibrada, exercício físico e abstenção de comportamentos aditivos.

A não concretização de algumas dessas práticas é muitas vezes fruto de obstáculos que cada família está disposta ou não, a ultrapassar. Mas também não tem sido alvo de atenção dos profissionais de saúde. Como tal, podendo ser consideradas necessidades em saúde sentidas, não são usualmente expressas e sendo reais não se pode concluir que sejam identificadas pelos profissionais de saúde, mormente pelos enfermeiros.

Assim, as famílias estão aparentemente sozinhas na sua função de cuidar a saúde, concretizando essa função com base nos seus conhecimentos sobre medidas de promoção, manutenção e protecção da saúde e decisão de procura de serviços de saúde quando algum elemento apresenta alterações, com presença de sintomatologia. O recurso que os serviços de saúde podem constituir para as famílias, não é evidenciado por estas.

A pesquisa aqui relatada determinou pois, as necessidades de saúde das famílias consideradas, mas também foram identificadas as características das famílias, as suas forças que apontam para a existência de famílias saudáveis.

A articulação entre o constructo famílias saudáveis e necessidades em saúde pode ser evidenciada como um aspecto interessante deste trabalho, pois:

- Há famílias consideradas saudáveis e nas quais foram identificados diagnósticos como sinónimos de problemas;

- Não foram determinados diagnósticos em quinze famílias que são em número superior às que foram consideradas saudáveis.

Por isso, não se encontrou uma associação clara entre o constructo famílias saudáveis e não ter áreas de atenção e vice-versa ou seja as áreas de atenção só estarem presentes em famílias menos competentes.

Assim, famílias competentes, no desenvolvimento do seu projecto familiar, também apresentam necessidades em saúde. E algumas famílias menos saudáveis ou mais frágeis podem não apresentar áreas de atenção, indicativas de problemas.

Parece ser lícito avançar quer as famílias competentes quer as menos competentes precisam de cuidados de enfermagem. Poderá existir um nicho de famílias que sendo competentes e não apresentando áreas de atenção, poderão ser menos prioritárias, para um olhar profissional para com elas. Mas esta avaliação, também tem de resultar de um conhecimento da família, por parte dos enfermeiros.

Logo, será relevante, para o enfermeiro que tem como centro de atenção a saúde familiar, a iniciativa de conhecer cada família, no âmbito da sua intervenção profissional.

Com este trabalho não foi possível identificar qualquer intervenção de enfermagem, nesta vertente. Se ela ocorreu, os informantes das famílias não retiveram na memória qualquer contacto de iniciativa dos enfermeiros que tivesse a sua família como alvo.

Esta constatação levanta algumas questões:

- Será que os enfermeiros, à semelhança das famílias estudadas, não consideram pertinente contactar as famílias, caso estas não expressem necessidades em saúde?

- As crenças em saúde dos enfermeiros serão, igualmente como se encontrou em muitas famílias, coincidentes com a saúde ser sinónimo de ausência de doença e por isso a intervenção dos enfermeiros justificar-se quando a doença, alteração, está presente?

- E em consequência não desenvolvem intervenções no âmbito da promoção da saúde?

- Será importante que as famílias sejam reconhecidas, pelos decisores da saúde do país, como grupo vulnerável, para fundamentar a intervenção dos enfermeiros?

Todas estas questões podem estar na base de áreas de pesquisa a desenvolver, no sentido de clarificar em que crença se alicerça o exercício de enfermagem, junto das famílias, em contexto de Cuidados Primários de Saúde. Certo é que com as Unidades de Saúde Familiares (USF), a organização dos serviços de saúde criou o ambiente institucional que permite que esse trabalho seja facilitado. Para quando *"a cada família o seu enfermeiro"* (OE, 2002)?

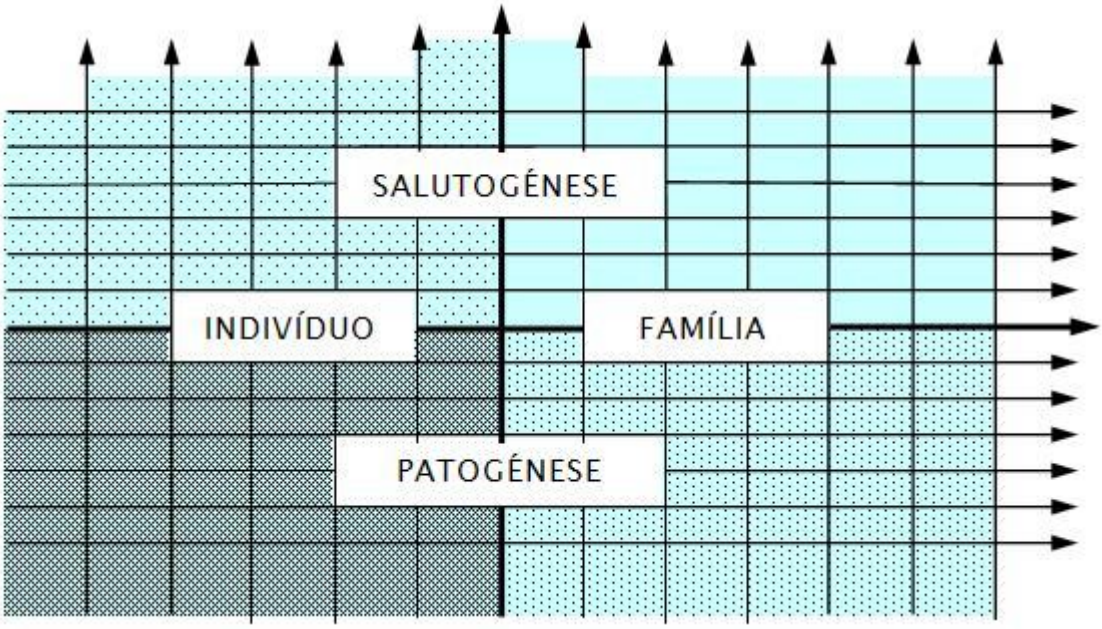
As conclusões, deste trabalho de pesquisa, podem subsidiar algumas implicações para a prática de enfermagem. Ficou patente que as famílias que são desconhecidas dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, têm necessidades em saúde, algumas delas sentidas como tal, pelas famílias.

Há famílias que não reconhecem os profissionais de saúde como parceiros, implicados no seu desenvolvimento saudável, que desejariam ter mais informação e que continuam a esperar que as suas necessidades, quer quando os seus elementos estão doentes, quer quando sentem necessidade de vigiar a saúde, obtenham resposta de qualidade, nos serviços de saúde.

Ora, estando estas conclusões patentes, tal terá de se revelar consequente para os enfermeiros. Ao pensar as famílias, as intervenções de enfermagem poderão integrar-se numa visão mais abrangente, da que tem sido assumida com mais frequência.

Em consonância com esta perspectiva, os enfermeiros para além de se centralizarem nos problemas dos indivíduos (visão patogénica), poderão evoluir para a valorização das condições que concorrem para que cada pessoa seja saudável (visão salutogénica). Em simultâneo, os enfermeiros que se sentem implicados com a saúde das famílias, também podem trilhar um percurso semelhante, acrescentando à ênfase que eventualmente coloquem nos problemas das famílias, a valorização das forças e das potencialidades das famílias, para que estas atinjam um nível mais elevado de saúde. Tal pode ser visualizado no esquema seguinte:

Figura n.º 2 – Perspectiva de potencial evolução



Os enfermeiros ao partirem para a intervenção familiar, com estes pressupostos, terão como objectivo a promoção da saúde familiar e desenvolverão intervenções com esse propósito.

Esta postura implicará, consequentemente, um processo de cuidados baseados nos princípios de parceria com as famílias e resultará, de forma previsível, na alteração da perspectiva das famílias sobre as instituições de saúde. Os profissionais de saúde serão vistos mais como um recurso para a família ser saudável e não tanto um recurso para que os elementos da família recuperem a saúde.

Implicará, ainda, que as intervenções desenhadas abranjam a área dos cuidados antecipatórios, visando capacitar as famílias para responderem aos desafios das transições que vão ocorrendo, nomeadamente as passagens dos diferentes estádios do ciclo vital familiar. Os cuidados de enfermagem terão como perspectiva central dar poder às famílias, capacitando-as para serem mais competentes no seu percurso familiar.

Ainda é residual o conhecimento em enfermagem para orientar a intervenção nas famílias, sem problemas de saúde. Esta perspectiva terá de se fundamentar na crença da bondade desses cuidados, muito na linha de pensamento das lógicas da promoção da saúde que como já foi referido, é

acarinhado por muitos líderes mundiais, no âmbito da construção de políticas de saúde. Será que se está a falar de utopia quando muitas das necessidades expressas das pessoas, famílias, ainda não são prontamente respondidas? Será que os recursos da sociedade darão para serem gastos de forma tão irrealista?

Acredita-se que vale a pena. Tem sido uma preocupação da OMS a identificação dos resultados das intervenções de promoção da saúde. Tem sido solicitado estudos, aos profissionais de saúde, para tornar evidente a sustentabilidade dessas práticas. Por isso, é um início de caminho.

Em Portugal, nestes anos mais recentes, os cuidados de saúde têm tido como princípios orientadores, as opções, de política de saúde, integradas no Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Estas orientações concretizam-se em cada instituição de saúde, pelo envolvimento dos profissionais de saúde na consecução dos objectivos comuns. Por isso, a nível local há que interpretar, e adequar as estratégias nacionais, às realidades das comunidades que cada instituição abrange.

O êxito das políticas nacionais e locais está dependente do êxito obtido por todos os intervenientes que as concretizam. Como refere a Alta – Comissária da Saúde: "*Avaliar a evolução dos indicadores é verdadeiramente avaliar o desempenho dos serviços de saúde nomeadamente a acessibilidade e equidade, a competência e efectividade, os custos e eficiência, a segurança e sustentabilidade*" (Machado, 2009).

A avaliação desses indicadores tem evidenciado que se tem obtido ganhos em saúde, indo de encontro aos três objectivos estratégicos do plano: obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à sua execução (Plano Nacional de Saúde, 2004). Parece pois ser uma aposta que se está a traduzir em obtenção de resultados, implicação dos intervenientes, avaliação e ajustes que se determinem como necessários.

Tendo por base o sucesso que as opções que têm sido desenvolvidas estão a demonstrar, nomeadamente com a elaboração de programas nacionais, é desejável que o presente trabalho seja um estímulo à concepção e concretização de um programa de Saúde Familiar.

No actual Plano Nacional de Saúde 2004/2010 já vem expresso, como um objectivo estratégico para a obtenção de ganhos em saúde que a abordagem seja

centrada na família e no ciclo de vida. A proposta é que o programa de Saúde Familiar para além da abordagem centrada na família o seja também, no seu ciclo vital.

A novidade que um programa de Saúde Familiar pode acarretar, e é um objectivo que se reveste da maior relevância, é constituir-se como uma orientação que congregue uma visão integradora dos objectivos estratégicos incluídos noutros programas nacionais existentes e que se adeqúem a cada realidade familiar.

A integração destes objectivos será de forma mais geral, os que se reportam a actividades no âmbito da promoção da saúde ou actividades de prevenção de outros programas nacionais como: Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, Programa Nacional de Saúde dos Jovens, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Programa Nacional de Intervenção sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional para a Saúde da Visão, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, Programa Nacional de Saúde Ambiental.

Mas também integrado neste programa de Saúde Familiar teriam toda a pertinência, de acordo com as necessidades de cada realidade familiar ou local, a inclusão de objectivos de outros programas nacionais como o Programa Nacional de Luta contra a Obesidade, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, o Programa Nacional de Controlo da Diabetes, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, o Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool, entre outros.

A construção de um Programa de Saúde Familiar permitiria um desenvolvimento estratégico com carácter transversal, de todas as orientações incluídas nos diferentes programas existentes que contribuiriam para o aumento da literacia em saúde das famílias e dotava os profissionais de saúde, de linhas orientadoras para a intervenção familiar.

Um programa desta natureza, não teria necessariamente de ser enunciado em termos nacionais, podendo ser desencadeado através de iniciativas locais, no âmbito nomeadamente, das Estratégias Locais de Saúde (ELSa). A sua concretização podia efectivar-se por actividades desenvolvidas no âmbito das

Unidades de Saúde Familiar (USF), das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e eventualmente das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), principalmente quando as famílias não tivessem um médico de família atribuído.

A sua implementação teria, certamente, como resposta, uma atitude pró-activa dos profissionais de saúde, mormente dos enfermeiros, de irem ao encontro das famílias, conhecê-las e dando-se a conhecer, como um recurso que as famílias poderão dispor para prosseguirem os seus projectos de saúde/vida.

BIBLIOGRAFIA

ALFONSO ROCA, Maria; ÁLVAREZ-DARDET DÍAZ, Carlos. (1992) - "Enfermería Comunitaria I". Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

ALMEIDA, J. (1990) – "Portugal. Os próximos 20 anos. Valores e Representações Sociais", VIII vol. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ALMEIDA, Ana N. (2003a) – "Famílias". Portugal Social 1991-2001. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 51-68.

ALMEIDA, Ana N. (2003b) - "Família, conjugalidade e procriação: valores e papéis", In VALA, Jorge, VILLAVERDE CABRAL, Manuel, RAMOS, Alice, (orgs) - Atitudes Sociais dos Portugueses. Valores sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa. Lisboa, ICS-UL, 47-93.

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2008) – "Indicadores e Metas do Plano Nacional de Saúde. [documento online] [consultado a 2008.07.10] Disponível em URL: http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/

ALTA-COMISSÁRIA DA SAÚDE (2009) – "Indicadores e Metas do PNS". [documento online] [consultado a 2009.07.26] Disponível em URL: http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/

ALARCÃO, Madalena (2002) - "*(des) Equilibrios Familiares".* Coimbra: Quarteto Editores.

AMADO, João S. (2000) – "A Técnica de Análise de Conteúdo". Revista Referência. n. º 5, 53-63.

AMÂNCIO, Lígia; WALL Karin (2004) – "Família e Papéis de Género: Alguns dados recentes do Family and Gender Survey (ISSP) ". VIII Congresso Luso-Afro-

Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra. [documento online] [consultado a 2008.07.24] Disponível em URL: http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/ LigiaAmancio.pdf

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (2003) – "Nursing's Social Policy Statement". 2nd Edition. Washington, DC: Author.

ANDERSON, Kathryn H. (2000) – "The family health system approach to family systems nursing". Journal of Family Nursing. Vol 6, 103-119.

ANDERSON, Laurie M.; BROWNSON, Ross C.; FULLILOVE, Mindy T.; TEUTSCH, Steven M.; NOVICK, Lloyd F.; FIEDING, Jonathan; LAND, Garland H. (2005) – "Evidence-Based Public Health Policy and Practice: Promises and Limits". American Journal of Preventive Medicine. 28, 226-230.

ANTONOVSKY, A. (1996). "The salutogenic model as a theory to guide health promotion". Health Promotion International**,** 1, 13-17.

AQUILINO, William (2003) – "Family Relationships and Support Systems in Emerging Adulthood". Conference on Emerging Adulthood, Sponsored By the American Psychological Association. [consultado a 2008.07.24]. Disponível em URL: http://www.s-r-a.org/documents/easig/EA%20confe rence%20program_Final.pdf

ARNETT, Jeffrey J. (1998) – "Learning to Stand Alone: The Contemporary American Transition to Adulthood in Cultural and Historical Context". Human Development; 41, 295-315

ARNETT, Jeffrey J. (2000) – "Emerging Adulthood – A Theory of Development From Late Teens Through the Twenties". American Psychologist. Vol 55, 469-480.

ARNETT, Jeffrey J. (2003) – "Emerging Adulthood: Building a New Paradigm". Conference on Emerging Adulthood, Sponsored By the American Psychological Association. [consultado a 2008.07.24]. Disponível em URL: http://www.s-r-a.org/documents/easig/EA%20conference%20program_

Final.pdf

ARNETT, Jeffrey J. (2004) – "Emerging Adulthood: The Winding Road From the Late Teens Through the Twenties". New York: Oxford University Press, Inc.

ARNETT, Jeffrey J.; TANNER, Jennifer (2006) – "Emerging Adults in America – Coming of Age in the 21st Century". Washington, DC: American Psychological Association.

ARNETT, Jeffrey J. (2007) – "Socialization in Emerging Adulthood – From the Family to the Wider Wold, from Socialization to Self-Socialization", In GRUSEC, Joan E.; HASTINGS, Paul D. (ed) – Handbook of Socialization – Theory and Research. New York: The Guildford Press.

ÅSTEDT-KURKI, Päivi et al (2001) – "Methodological issues in interviewing families in family nursing research". Journal of Advanced Nursing. Vol 35, n. º 2, 288-293.

BALLARD, Naomi (2005) – "Estrutura Familiar, Função e Processo", In: HANSON, Shirley - Enfermagem de cuidados de Saúde à Família, Teoria, Prática e Investigação. 2ª ed. Loures: Lusociência, 85-107.

BARBEITO, Roberto L. (2002) – "La família y los procesos de socialización y reproducción socipolíticas de la juventud". Revista de Estudios de Juventude, n.º 58 Emancipción y família, 1-11. [consultado a 2008.07.24] Disponível em URL: http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos. downloadatt.action?id=603808706

BARRISCO, Susana (2006) – "Família" In FERREIRA, Vítor S. (Coord) (2006) – "A Condição Juvenil Portuguesa na Viragem do Milénio". Colecção Estudos Sobre Juventude, n. º 10. Lisboa: IPJ, 39-74.

BEAVERS, W. Robert; HAMPSON, Robert (2003) – "The Beavers Systems Model of Family Functioning". Journal of Family Therapy, 22, 128-143.

BEAVERS, W. Robert; HAMPSON, Robert (2003) – "Measuring family competence: The Beavers systems model" In WALSH, Froma (ed) (2003) – Normal family processes. 3rd ed. New York: Guilford Press, 549-580.

BELL, Janice M.; WRIGHT, Lorraine M. (2007) – "Research on family interventions". In DUHAMEL, F. (ed) – Families and health: A systemic approach in nursing care. 2nd edition. Montreal, Quebec, Canada: Gaetan Morin editeur, Chenelière Éducation. Disponível em URL: https://dspace.ucalgary.ca/bitstream/1880/45247/1/FNU_Larecherche_Engcopy.pdf

BENGEL, Jurgen; STRITTMATTER, Regine; WILLMANN, Hildegard (1999) – "What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance os Antonovsky's salutogenic model of health". Vol 4. Cologne: Federal Center for Health Education (FCHE).

BIGGART, Andy; FURLONG, Andy; CUCONATO, Morena; LENZI, Gabriele; MORGANI, Enzo; BOLAY, Eberthard; STAUBER, Barbara; STEIN; Gebhard, Walther, Andreas (2002) – "*Trayectorias Fallidas*, entre Estandarización y Flexibilidad en Gran Bretaña, Italia y Alemania Occidental". Revista de Estudios de Juventude, n. º 56, 11-29. Disponível em URL: http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=44316455

BOMAR, Perri (2004) - "Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice". 3rd ed. Saunders, Philadelphia, PA.

BOMAR, Perri; BAKER-WORD, Pammela (2005) – "Promoção da Saúde Familiar", In: HANSON, Shirley - Enfermagem de cuidados de Saúde à Família, Teoria, Prática e Investigação. 2ª ed. Loures: Lusociência, 543-566.

CALVO, Enrique G. (2002) – "Emancipación tardia y estratégia familiar (El caso de los hijos que ni se casan ni se van de casa)". Revista de Estudios de Juventude, n.º 58 Emancipción y família, 1-9. Disponível em URL: http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=202524345

CARTER, Betty; McGOLDRIK, Monica (1999) – "The Expended Family Life Cycle: Individual, Family and Social Perspectives". 3erd ed. Boston: Allyn & Bacon.

CARVALHO, Graça S. (2006) – "Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis". In: PEREIRA, Beatriz O.; CARVALHO, Graça S. - Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis. Lisboa : Lidel Edições Técnicas Lda,

CASIMIRO, Fernando S. (2003) – "Os Conceitos de Família e Núcleo Familiar nos Recenseamentos da População em Portugal". Revista de Estudos Demográficos, n.º 33, 5-21.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2002) – "Physical Activity". Centers for Disease Control and Prevention. [documento online] [consultado a 2008.07.20] Disponível em URL: http://www.cdc.gov/ physicalactivity/

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (2006) – "Recommendation for Future Efforts in Community Health Promotion: Report of the National Expert Panel on Community Health Promotion". [documento online] [consultado a 2008.05.25] Disponível em URL: http://www.cdc.gov/ NCCDPHP/pdf/community_health_promotion_expert_panel_report.pdf

CÓDIGO CIVIL (1991) – Legislação complementar. Nova edição actualizada. Coimbra: Livraria Arnado, Lda.

COMAS ARNAU, Domingo (2004) – "Las famílias com adolescências prolongadas". II Congreso la Familia en la Sociedad del Siglo XXI. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 209-224. [consultado a 2008.07.27]. Disponível em URL: http://www.fad.es/sala_lectura/IICongresoFamilias_ Mesas.pdf

COSTA, António F. (1989) – "A pesquisa de terreno em sociologia", In SILVA, Augusto; PINTO, José M. (1989) – Metodologia das Ciências Sociais. 3.ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 129-148.

DEBESAY, Jonas; NADEN; Dagfinn; SLETTEBO, Ashild (2008) – "How do we close the hermeneutic circle? A Gadamerian approach to justification in interpretation in qualitative studies". Nursing Inquiry; 15, 57-66.

DEFRAIN; Jonh (1999) – "Strong families around the world". Australian Institute of Family Studies. Journal Family Matters, n. º 53, Winter, 6-13.

DENHAM, Sharon A. (1999) – "The Definition and Practice of Family Health". Journal of Family Nursing, 5, 133-159.

DUARTE, Susana C. (2002) – "Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as Pessoas ao Médico". Coimbra: Quarteto Editora.

DU-BOIS-REYMOND, Manuela; PLUG; Win; Ferreira, Vitor; PAIS, José M.; KIELY; Elisabeth; LORENZ, Walter; BENDIT; René; HEIN; Kerstin (2002) – "Transiciones Modernizadas y Políticas de Desventaja: Países Bajos, Portugal, Irlanda y Jóvenes Inmigrantes en Alemania". Revista de Estudios de Juventude, n. º 56, 55-75. Disponível em URL: http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=1150703093

DUFFY, Mary E. e outros (1998) – "Family Nursing Practice in Public Health: Finland and Utah". Public Health Nursing. Vol 15, n.º 4, 281-287.

FEELY, Nancy; LAURIE, N. (2000) – "Nursing approaches foi working with family strengths and resources". Journal of Family Nursing. Vol 6, 9-14.

FERNANDES, António T. (2004) – "Prática Dominical. Sua redefinição em novos universos simbólicos. Porto: Fundação "Voz Portucalense".

FERREIRA, Vítor S. (Coord) (2006) – "A Condição Juvenil Portuguesa na Viragem do Milénio". Colecção Estudos Sobre Juventude, n.º 10. Lisboa: IPJ.

FLAQUER, Lluís (1997) – "La emancipación familiar de los jóvenes". Revista de Estudios de Juventud n.º 39, 37-45. Disponível em URL: http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=192945330

FORTIN, M. (1999) – O Processo de Investigação: da Concepção à Realização. Loures: Lusociência Ed.

FRIEDEMANN, Marie –Luise (1989) – "The concept of family nursing". Journal of Advanced Nursing. Vol 14, 211-216.

FRIEDMAN, Marilyn (1998) – "Family Nursing. Reserch, Theory & Pratice". Fourth edition , Connecticut: Appleton & Lange.

GERGEN, Kenneth J. (1994) – Realities and relationships: sounding in social construction. Cambridge: Havard University Press.

GIDDENS, A. (2000) – "Sociologia". 2ª Edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GILLISS, Catherine L.; DAVIS, Linda L. (1992) – "Family nursing research: precepts from paragons and peccadilloes". Journal of Advanced Nursing. Vol 17, 28-33.

HARTRICK, Gwen; LINDSEY, Elizabeth; HILLS, Marcia (1994) – "Family nursing assessment: meeting the challenge of health promotion". Journal of Advanced Nursing. Vol 20, 85-91.

HARTRICK, Gwen (2000) – "Developing health-promotion practice with families: one pedagogical experience". Journal of Advanced Nursing. Vol 31, n. º 1, 27-34.

HAMPSON, R.; BEAVERS, R.; HULGUS, Y (1989) - "Insiders' and outsiders' views of family: The assessment of family competence and style". Journal of Family Psychology, 3, 118-136.

HANSON, Shirley. (2005) – "Enfermagem de cuidados de Saúde à Família, Teoria, Prática e Investigação". 2ª ed. Loures: Lusociência.

HANSON, Shirley; KAAKINEN, Joanna. (1999) – "Avaliação Familiar de Enfermagem", In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. 4ª ed. Loures: Lusociência; 543-566.

HAZZARD, W. R.; BIERMAN, E. L.; BLASS, J.P.; ETTINGER, W. H.; HALTER, J. B. (1994) – "Principles of Geriatric Medicine and Gerontology". Third Edition. New York: McGraw-Hill, Inc.

HERNÁNDEZ ARISTU, Jesús (2002) – "Jóvenes entre la família, la formación y el empleo – Estructuras de apoyo a sus transiciones - ". Estudios de Juventud n.º 56, 119-128. Disponível em URL: http://www.injuve.mtas.es/injuve/ contenidos.downloadatt.action?id=1854766338

HOBBS, Jennifer L. (2009) – "Defining Nursing Practice: The ANA Social Policy Statement, 1980-1983". Advances in Nursing Science. Vol 32, 3-18.

HONORÉ, Bernard (2002) – "A Saúde em Projecto". Loures: Lusociência Ed.

HUTCHFIELD, Kay (1999) – "Family-centered care: a concept analysis". Journal of Advanced Nursing. Vol 29, n. º 5, 1178-1187.

IMPERATORI, Emílio, GIRALDES, Maria R. (1993) – " Metodologia do Planeamento da Saúde". Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2002) – "Nurses Always There for You: Caring for Families". [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.icn.ch/indkit2002_01.pdf

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2002) – "Tools for Action". [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.icn.ch/indkit2002_02.pdf

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2006) – "Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0". Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2008) – "ICNP Catalogue – Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment". Geneva: ICN.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2008) – "Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care". Geneve: ICN. Disponível em URL: http://www.icn.ch/PHC.pdf

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (2000) – "The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe". A Report for the European Commission by the IUHPE. Part One: Core Documment. France. Disponível em URL: http://www.iuhpe. org/uploaded/Publications/Books_Reports/EHP_part1.pdf

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (2000) – "The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe". A Report for the European Commission by the IUHPE. Part Two: Evidence Book. France. Disponível em URL: http://www.iuhpe.org/ uploaded/Publications/Books_Reports/EHP_part2.pdf

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION & CANADIAN CONSORTIUM FOR HEALTH PROMOTION RESEARCH (2007) – "Shaping the future of health promotion: Priorities for action". Health Promotion International, Vol 23, n. º 1, 98-102.

INSTITUTO DE POLÍTICA FAMILIAR (2008) – "Evolución de la Familia en Europa 2008". Madrid: IPF. [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.fides.org/spa/documents/Informe_ Evolucion_Familia_Europa_2008_def_esp.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001) – "Conceitos". INFOLINE. Disponível em URL: http://www.ine.pt

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003) – "Censos 2001", 20 de Junho de 2003. INFOLINE. Disponível em URL: http://www.ine.pt

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2005) – "Indicadores Sociais". Destaque Informação à Comunicação Social. INFOLINE. Disponível em URL: http://www.ine.pt

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P.; INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, I. P. (2009) – "Inquérito Nacional de Saúde". Lisboa: INE.

JURADO GUERRERO, Teresa (1997) – "Un análisis regional de los modelos de convivência de los jóvenes españoles. Las cuatro Españas de la emancipación familiar". Estudios de Juventud n.º 39, 17- 35. Disponível em URL: http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=1723829702

KARK, S. et al (1994) – "Atencion Primária Orientada a la Comunidade". Barcelona: Doyma.

LAKATOS, Marine; MARCONI, Eva (1991) – "Fundamentos de Metodologia Científica". 3.º Edição. São Paulo: Editorial Atlas.

LEANDRO, Ana S. S.; LEANDRO, Maria E. (2004) – "Transmissão de valores no seio da família. Persistência e mudanças". Actas dos ateliers do V.º Congresso Português de Sociologia. Disponível em URL: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/

LEWIS, Jerry M. (1979) - "How's Your Family". New York: Brunner/Mazel INC.

LEWIS, Jerry M.; BEAVERS, W. Robert; GOSSETT, John T.; PHILLIPS, Virginia A. (1976) – "No Single Thread". New York: Brunner/Mazel INC.

LINCOLN, Yvonna S. (1992) – "Sympathetic Connections Between Qualitative Methods and Health Research". Qualitative Health Research. Vol 2, n.º 4, 375-391.

LUCAS, J. Santos (1995) – "Promoção da saúde familiar – corolário do Ano Internacional da Família". Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol 13, n.º 1, 11-18.

MACDUFF, Colin; WEST, Bernice J. M. (2004) – "An evaluation of an educational programme to prepare family health nurses". Nurse Education Today. Vol 24, 575-583

MACDUFF, Colin; WEST, Bernice J. M. (2005) – "An evaluation of the first year of family health nursing practice in Scotland. International Journal of Nursing Studies. Vol 42, 47-59

MAIA, Ângela (1998) - "Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão" [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://hdl.handle.net/1822/586

MARIOTTI, Humberto (1999) – "Autopoiese, Cultura e Sociedade". Disponível em URL: http://www.humbertomariotti.com/autopoies.html

MARTIN SERRANO, Manuel (2002) – "La prologación de la etapa juvenil de la vida y sus efectos en la socialización". Estudios de Juventud n.º 56, 103- 118. Disponível em URL: http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos. downloadatt.action?id=1227916363

MARTINEZ NAVARRO, F. et al (1998) – "Salud Pública". Madrid: MacGraw – Hill.

MATOS, Margarida; SIMÕES, Celeste; TOMÉ, Gina; SILVA; Marlene; GASPAR, Tânia; DINIZ; José & Equipa do Aventura Social (2006) – "Indicadores de Saúde dos Adolescentes Portugueses – Relatório Glaxo Smith-Kline/HBSC". Disponível em URL: http://www.aventurasocial.com/conteudos/ publicacoes/indicadoresdesaude06.pdf

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco (2001) – "A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana. S. Paulo: Palas Athena.

McGOLDRICK, Monica; GERSON, Randy (2000) – "Genogramas en la evaluacion familiar". 3ª ed. Barcelona: Editorial Gedisa.

MELEIS, Afaf I.; SAWYER, Linda M.; IM, Eun-Ok; MESSIAS, DeAnne K. H. ; SCHUMACHER, Karen (2000) – "Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory". Advance in nursing science; 23, 12-28

MOGELONSKY, Marcia (1996) – "The rocky road to adulthood". American Demographics, 18, 26-36.

MOORE, D. (1987) – "Parent-adolescent separation: The construction of adulthood by late adolescents". Developmental Psychology, 23, 298–307.

MORCH, Mathilde; MORCH; Sven; BOHNISCH, Lothar; SEIFERT; Holger; LÓPEZ, Andreu; BASCUÑÁN; Javier, Gil, Germán (2002) – "Sistemas Educativos en Sociedades Segmentadas: *Trayectorias Fallidas* en Dinamarca, Alemania Oriental y España". Revista de Estudios de Juventude, n. º 56, 31-54. Disponível em URL: http://www.injuve.migualdad.es/injuve/contenidos. downloadatt.action?id=134742270

MOREIRA, Carlos D. (1994) – Planeamento e Estratégias da Investigação Social. Lisboa: Universidade Técnica, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN, Charles (1990) – " Técnicas de Terapia Familiar". Porto Alegre: Artes Médicas.

MITCHELL, E. S. (1986) – "Multiple Triangulation: A methodology for nursing science. Advances in Nursing Science, 8(3), 18-26.

MORSE, Janice. M. (1991) – "Approaches to Qualitative-Quantitative methodological triangulation". Nursing Research, 40, 120-123.

MUSITU OCHOA, Gonzalo (2004) – "Estilos de socialización y transmisión de valores en los adolescentes". II Congreso la Familia en la Sociedad del Siglo XXI. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 353-368. Disponível em URL: http://www.fad.es/sala_lectura/IICongresoFamilias_Mesas.pdf

MYERS, David (1998) – Introdução à Psicologia Geral. Rio de Janeiro: LTC Editora.

NAVARRO, Amanda; VOETSCH, Karen; LIBURD, Leandris; BEZOLD, Clem; RHEA, Marsha (2006) – "Recommendations for Future Efforts in Community Health Promotion". Center for Disease Control and Prevention (CDC); [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.cdc.gov/.../community_health_promotion_expert_panel_report.pdf

NOVILLA, M. Lelinneth; BARNES; Michael D.; Cruz, Natalie G.; WILLIAMS; Patrick N.; ROGERS; Janice (2006) – "Public Health Perspectives on the Family: An Ecological Approach to Promoting Health in the Family and Community". Family & Community Health, Vol 29, n.º 1, 28-42.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2007) - "Relatório de Primavera 2007 – Luzes e sombras: A governação em saúde". Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

OLIVEIRA, MARIA I. S.; BASTOS, Ana (2000) "Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos". Psicologia: Reflexão e Crítica. Vol 13 n.º 1, Porto Alegre. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100012&lng=en&nrm=isso

OLSON, David H. (1999) - "Circumplex Model Of Marital & Family Systems". Journal of Family Therapy; special edition: Empirical Approaches to Family Assessment.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; Ministério da Saúde (1985) – "As Metas da Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos". Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – "Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem". Conselho de Enfermagem. Edição: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – "A Cada Família O Seu Enfermeiro". Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – "Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais". Lisboa: OE

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – "Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde". Disponível em URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/97_OrdemEnfermeiros-RMDE&Indicadores-VFOut2007.pdf

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2001) – "Knowledge and Skills for Life, First Results from the OECD Programme For International Student Assessment (PISA) 2000". [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL: http://www.oecd.org/document/46/0,3343,en_32252351_32236159_33688686_1_1_1_1,00.html

PAIS, José M. (1990) – "A construção sociológica da juventude – alguns contributos". Análise Social (Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa) vol XXV ,139-165. Disponível em URL: http://www.apis.ics.ul.pt/SendDoc.aspx?d=272&q=9320

PAIS, José M. (1991) – "Emprego juvenil e mudança social: velhas teses, novos modos de vida". Análise Social, Vol XXVI, 945-987.

PAIS, José M. (2002) – "Laberintos de vida: paro juvenil y rutas de salida (Jóvenes portugueses)". ". Estudios de Juventud n.º 56, 87-101. Disponível em URL:

http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.downloadatt.action?id=161140854

PAIS, José M. (2005) – "Jovens e Cidadania". Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 49, 53-70.

PALMER, Heather (1989) – "Evaluación de la assistência ambulatória – principios y prática". Madrid: Ministério de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica.

PARÓQUIAS DE PORTUGAL (2008) – "Católicos em Portugal". [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.paroquias.org/

PARTNERSHIP FOR PREVENTION (2008) – "The Community Health Promotion Handbook: Action Guides to Improve Community Health". Washington, DC: Partnership for Prevention. Disponível em URL: http://www.prevent.org/actionguides.

PERKINS, D.; ZIMMERMAN, M. (1995) – "Empowerment: Theory, research and application". American Journal of Community Psychology. Número 23 (5), 569-579.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1993) – "Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem". Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.

PORTUGAL (1990) – Lei n.º48 de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde. Diário da República, I.ª Série.

PORTUGAL (1991) – Decreto – Lei nº 83 de 20 de Fevereiro. Diário da República I.ª Série – A.

PORTUGAL (1998) – Decreto – Lei n.º 104 de 21 de Abril. Diário da República I.ª Série – A.

PORTUGAL (1999) – Resolução do Conselho de Ministros n.º 7 de 9 de Fevereiro. Diário da República I.ª Série – B.

PORTUGAL (1999) – Decreto-Lei n.º 157 de 10 de Maio. Diário da República I.ª Série – A.

PORTUGAL (2000) – Decreto – Lei n.º 150 de 20 de Julho. Diário da República I.ª Série – A.

PORTUGAL (2002) – Lei n.º27 de 8 de Novembro – Alteração à Lei de Bases da Saúde. Diário da República, I.ª Série – A.

PORTUGAL (2003) – Decreto – Lei n.º 3 de 7 de Janeiro. Diário da República I.ª Série – A.

PORTUGAL; Ministério da Saúde (2004) – "Plano Nacional da Saúde 2004-2010". 2 vol. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

PORTUGAL; Ministério da Saúde (2004) – "Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de vida" - Despacho n.º 1916 de 28 de Janeiro. Diário da República 2.ª Série.

PORTUGAL; Direcção Geral da Saúde (2005) – "Saúde dos Jovens em Portugal: elementos de caracterização". Lisboa: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

PORTUGAL (2005) – "Constituição da República Portuguesa". VII Revisão Constitucional. Disponível em URL: http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstitucaoRepublicaPortuguesa.aspx

PORTUGAL, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2005) – "Condições Socioeconómicas dos Estudantes do Ensino Superior em Portugal". Lisboa: Direcção Geral do Ensino Superior. Disponível em URL: http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/C2284055-A07C-460E-BF13-E635ACCC87C9/543/ESTUDONACIONAL.pdf

PORTUGAL (2005) - Decreto-Lei n.º 88 de 3 de Junho. Diário da República I.ª Série - A.

PORTUGAL; Ministério da Saúde (2006) - Despacho Normativo n.º 9 de 16 de Fevereiro. Diário da República I.ª Série - B.

PORTUGAL; Ministério da Saúde (2006) – "Programa Nacional de Saúde dos Jovens". Lisboa: Direcção – Geral da Saúde: Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

PORTUGAL; Ministério da Saúde (2006) – "Glossário para as Unidades de Saúde Familiar". Missão Para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em URL: http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/Glossario_USF.pdf

PORTUGAL; Ministério da Saúde (2006) – "Programa Nacional de Saúde Escolar". Despacho n.º 12.045 de 7 de Junho. Lisboa: Direcção – Geral da Saúde: Divisão de Saúde Escolar.

PORTUGAL; Ministério da Saúde (2007) – "Health in Portugal: 2007". Lisboa: Direcção – Geral da Saúde [Consultado em 2008. 05. 27] Disponível em URL: http://www.dgs.pt/

PORTUGAL; Ministério da Saúde (2007) - Portaria n.º 1368 de 18 de Outubro. Diário da República I.ª Série.

PORTUGAL; Alto Comissariado da Saúde (2007) – "Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Avaliação de Indicadores 2001-2006: Ganhos em Saúde". MS/ACS, Lisboa. [documento online] [consultado a 2008.05.16] Disponível em URL: http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2007/12/pns-2004-2010-avaliacao-de-indicadores-2001-2006_ganhos-em-saude29-11-2007.pdf

PORTUGAL (2007) - Decreto-Lei n.º298 de 22 de Agosto. Diário da República I.ª Série.

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde (2007) – "Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2005". Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

PORTUGAL (2008) – Decreto-Lei n.º 28 de 22 de Fevereiro. Diário da República I.ª Série.

PORTUGAL (2008) – Lei n.º 61 de 31 de Outubro. Actualiza o Decreto-Lei n.º 47344/66 de 25 de Novembro: Código Civil. Diário da República I.ª Série.

PORTUGAL (2009) – Despacho n.º 10143 de 16 de Abril. Diário da República 2.ª Série.

PRAZERES, Vasco (2003) – "Saúde Juvenil no Masculino: género e saúde sexual e reprodutiva". Lisboa: Direcção – Geral da Saúde.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1998) – "Manual de Investigação em Ciências Sociais". Lisboa: Gradiva Publicações, Lda.

REIS, José (1989) – "A recolha de informações não estatísticas em economia", In SILVA, Augusto; PINTO, José M.– Metodologia das Ciências Sociais. 3.ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 197-213.

RELVAS, Ana P. (2000) – "O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica". Porto: Edições Afrontamento.

ROBINSON, Carole A. (1994) – "Nursing intervention with families: a demand or an invitation to change?". Journal of Advanced Nursing. Vol 19, 897-904.

ROOTMASN, Irving; GOODSTADT, Michael, HYNDMAN, Brian; McQUEEN, David; POTVIN, Louise; SPRINGETT, Jane; ZIGLIO, Erio (2001) – "Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives". WHO; [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http:// www.euro.who.int/eprise/main/.../20040130_1

SAMPAIO, Daniel; GAMEIRO, José (2002) – "Terapia Familiar". 5ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

SARTI, Cynthia A. (2003) – " A Família enredadas", In Acosta, A. R.; VITALE, M. A. (Org) – Família: laços, redes e políticas públicas. S. Paulo: IEE-PUCSP, 21-36.

SILVA, Augusto; PINTO, José M. (1989) – "Metodologia das Ciências Sociais". 3.ª Edição. Porto: Edições Afrontamento.

SILVA, Luísa (1995) – "Entre Marido e Mulher Ninguém Meta a Colher". À Bolina, Editores Livreiros Lda.

SIM, Julius; SHARP, Keith (1998) – "A critical appraisal of the role of triangulation in nursing research". International Journal of Nursing Studies, 35, 23-31.

SKYNNER, Robin; CLEESE, John (1990) – "Famílias e como (sobre)viver com elas". Porto: Edições Afrontamento.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – "Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos".4ª ed. Loures: Lusociência.

STUART, Meryn E. (1991) – "An Analysis of the Concept of Family". In WHALL, Ann L.; FAWCETT, Jaqueline (1991) – Family theory development in nursing: State of the Science and Art. Philadelphia: F. A. Davis Company, 31-42.

SHULMAN, Shmuel; BEM-ARTZI; Elisheva (2003) – "Age-Related Differences in the Transition from Adolescence to Adulthood and Links with Family Relationships". Journal of Adult Development, Vol 10, n.º4, October, 217-226.

SWANSON, Janice M.; CHENITZ, W. Carole (1982) – "Why qualitative research in Nursing?. Nursing Outlook. Vol 30, n.º 4, 241-245.

TAMAYO, Alvaro (2007) – "Hierarquia de Valores Transculturais e Brasileiros". Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa, Vol 23, n.º especial, 07-15 Disponível em URL: http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23nspe/02.pdf

TANGCHAROENSATHIEN, Viroj; SOMAINI, Bertino; MOODIE, Robert; HOSKINS, Dalmer (2005) – "Sustainable financing for Health Promotion: issues and challenges". 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok. Disponível em URL: http://www.hpfoundations.net/documents/Sustainable%20HP%20financing%20Viroj%20et%20al%2012%20June%202005.pdf

TAYLOR, S. J.; BOGDAM, R. (1992) – "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Barcelona: Paldos.

THURMOND, Veronica A. (2001) – "The Point of Triangulation". Journal of Nursing Scholarship, 33, 253-258.

UNIÃO EUROPEIA (2000) – "Saúde XXI, Programa Operacional de Saúde 2000-2006". [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.qca.pt/acessivel/pos/saudexxi.asp.

UNITED NATIONS (1999) – "Resolução 54/124 de 17 de Dezembro". [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N00/246/44/PDF/N0024644.pdf?OpenElement

UNITED NATIONS (2000) – "Family Matters: Follow up of the International Year of the Family". Circular n.º 26 (June). Family Unit, Division for Social Policy and development Department of Economic and Social Affairs. United Nations, New York.

UNITED NATIONS (2001) – "Family Matters: Tenth Anniversary of the International Year of the Family (2004)". Circular n.º 30 (February). Family Unit, Division for Social Policy and development Department of Economic and Social Affairs. United Nations, New York.

UNITED NATIONS (2002) – "Resolução 57/164 de 18 de Dezembro". [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.un.org/depts/dhl/resguide/r57.htm

UNITED NATIONS (2003) – "Family Matters: Tenth Anniversary of the International Year of the Family (2004)". Circular n.º 44 (June). Programme on the Family, Division for Social Policy and development Department of Economic and Social Affairs. United Nations, New York.

VALA, Jorge (1989) – "A análise de conteúdo", In SILVA, Augusto; PINTO, José M. – Metodologia das ciências sociais. 3.ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 101-126.

VAN RIPER, Marcia (2005) – "Factores que influenciam o funcionamento familiar e a saúde dos seus membros", In: HANSON, Shirley - Enfermagem de cuidados de Saúde à Família, Teoria, Prática e Investigação. 2ª ed. Loures: Lusociência, 543-566.

WALSH, Froma (ed) (2003) – "Normal Family Processes". 3rd ed. New York: The Guilford Press.

WHALL, Ann L.; FAWCETT, Jaqueline (1991) – "Family theory development in nursing: State of the Science and Art". Philadelphia: F. A. Davis Company.

WHITEHEAD, Dean (2001) – "Health education, behavioral change and social psychology: nursing's contribution to health promotion?" Journal of Advanced Nursing. Vol 34, 822-832.

WHITEHEAD, Dean; TAKET Ann; SMITH Pam (2003) – "Action research in health promotion". Health Education Journal. Vol 62, 5-22.

WHITEHEAD, Dean (2003) – "The health-promoting nurse as a health policy career expert and entrepreneur". Nurse Education Today; 23, 585-592.

WHITEHEAD, Dean (2004) – " Health promotion and health education: advancing the concepts". Journal of Advanced Nursing. Vol 47, 311-320.

WORLD HEALTH ASSEMBLY (1998) – "Resolution WHA51.12 - Health promotion". Tenth plenary meeting, 16 May. Disponível em URL:http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) – "The Ottawa Charter for Health Promotion" – First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November. Disponível em URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1988) – "Adelaide Recommendations on Health Public Policy" – Second International Conference on Health Promotion, Adelaide, 5-9 April. Disponível em URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1991) – "Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health" – Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, 9-15 June. Disponível em URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997) – "Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century" – Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, 21-25 July. Disponível em URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998) – "Health Promotion Glossary". WHO/HPR/HEP/98.1. Disponível em URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999) – "Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region". European Health for All Series, 6. [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL:http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000a) – "Nurses and Midwives for Health. A WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education". EUR/00/5019309/15; [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e88137.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000b) – "The Family Health Nurse, Context, Conceptual Framework and Curriculum". EUR/00/5019309/13; [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL:http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-enl-t06.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000c) – "Fourth Annual Meeting of the European Forum of National Nursing and Midwifery Associations and WHO". EUR/00/50222202; [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e70850.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000d) – "Research awareness in nursing and midwifery: a workbook". EUR/00/5019309/17. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e70447.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000e) – "Financing and Structural Arrangements for the Family health Nurse". EUR/00/5019315; [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL:http://www.euro.who.int/document/e71498.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000f) – "Health Promotion: Bridging the Equity Gap" – Fifth Global Conference on Health Promotion, Mexico City, 5 June. Disponível em URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001a) – "Moving on from Munich. A Reference Guide to the implementation of the Declaration on Nurses and Midwives: a Force for Health". EU/ICP/OSD 631AS 00; [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e74474.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001b) – "Community Health Needs Assessment. An introductory guide for the family health nurse in Europe". EUR/01/5019306; [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e73494.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001c) – "The European Union Standards for Nursing and Midwifery: Information for Accession Countries". EUR/00/5019308. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/ document/e71868.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001d) –"Family and community health: Annual progress report on achievements in the year 2000 – Gender and Woman's Health (GWH)". Meeting of Interested Parties. MP/01/APR:FCH. Disponível em URL: http://www.who.int/mip2001/files/2113/MIP_01_APRFCH.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001e) – "Global Advisory Group on Nursing and Midwifery". EIP/OSD/20001.3; [documento online] [consultado a 2008.07.16]. Disponível em URL: http:// www.who.int/hrh/nursing_ midwifery/gag_sixth_report

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001f) – "Second WHO Ministerial Conference on Nursing ad Midwifery in Europe". EUR/01/5019309; Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e73039.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001g) – "Evaluation in health promotion: Principles and perspectives". WHO Regional Publications, European Series, n. º 92. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/informationsources/ Publications/Catalogue/20010911_43

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001h) – "Strengthering Nursing and Midwifery Progress and Future Directions: Summary Document 1996-2000". WHO/EIP/OSD/2001.5. . Disponível em URL: http://whqlibdoc.who.int/ hq/2001/WHO_EIP_OSD_2001.5.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001i) – "Public Health Nursing: Past and Future, a Review of the Literature". EUR/01/5019258. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e74237.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002a) – "Building the Evidence Base of the Nursing and Midwifery Contribution to Health". EUR/02/5019310;

[documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e74537.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002b) – "Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques". European Sustainable Development and Health Series: 4. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e78652.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) – "Health promotion and healthy lifestyles". Executive Board: EB113/7. Disponível em URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/**EB113**/e**eb1137**.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005a) – "Basic nursing and midwifery education programmes in Europe". A report to the World Health Organization, Regional Office for Europe. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e86582.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b) – "The Health for All. Policy Framework for the WHO European Region. 2005 update". European Health for All Series No. 7. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005c) – "Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World" – The 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, 11 August. Disponível em URL: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006 a) – "What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach?". [documento online] [consultado a 2008.07.16] Disponível em URL: http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006b) – "Promoting physical activity for health – a framework for action in the WHO European Region: Steps toward a

more physically active Europe". EUR/06/5062700/10. Disponível em URL: http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_edoc10.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) – "Health Targets in Europe: Learning from experience". Edited by: WISMAR, Matthias; McKEE, Martin: ERNST, Kelly; SRIVASTAVA, Divya; BUSSE; Reinhard. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Disponível em URL: http://www.who.it/Document/E91867.pdf

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen (1990) – "Trends in nursing of families". Journal of Family Nursing. Vol 15, 148-154.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen (2002) – "Enfermeiras e Famílias – Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família". 3.ª ed. S. Paulo: Roca

ANEXOS

ANEXO 1 - Modelo de Avaliação Familiar de Friedman (versão curta)

(traduzido e adaptado)

MODELO DE AVALIAÇÃO FAMILIAR DE FRIEDMAN (VERSÃO CURTA)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da família
2. Morada e telefone
3. Composição familiar
4. Tipo de forma familiar
5. Bases culturais
6. Identificação religiosa
7. Status da classe social
8. Recreação e ocupação dos tempos livres da família

ESTADIO DE DESENVOLVIMENTO E HISTÓRIA DA *FAMÍLIA*

9. Estádio actual de desenvolvimento da família
10. Extensão em que as tarefas de desenvolvimento da família são conseguidas
11. História da família nuclear.
12. História da família de origem dos pais

DADOS DO AMBIENTE

13. Características da casa
14. Características da vizinhança e da comunidade mais alargada
15. Mobilidade geográfica da família.

16. Associação e transacção da família com a comunidade

17. Sistema de suporte social da família

ESTRUTURA DA FAMÍLIA

18. Padrões de comunicação

19. Estrutura de poder

20. Estrutura do

21. Valores da família

FUNÇÕES DA FAMÍLIA

22. Função afectiva

23. Função socializadora

24. Função de cuidar da saúde

STRESS E COPING FAMILIAR

25. Stressores e potencialidades a curto prazo e a longo da família,

26. Extensão da habilidade da família responder com base na avaliação objectiva das situações de stress.

27. Estratégias de coping utilizadas (no presente e no passado)

28. Utilização de estratégias de adaptação disfuncional (passado/presente, extensão da utilização).

ANEXO 2 - Primeiro Sistema de categorias

DIMENSÂO – AVALIAÇÂO GLOBAL DA FAMÍLIA

Domínio	*DADOS DE IDENTIFICAÇÃO*
Categorias	Composição familiar (quadro dupla entrada)
	Bases culturais (étnicas)
	Identificação religiosa
	Status da classe social (escala de Graffar)
	Recreação e ocupação dos tempos livres da família
Domínio	*ESTÁDIO DE DESENVOLVIMENTO E HISTÓRIA* DA *FAMÍLIA*
Categorias	Estádio actual de desenvolvimento da família
	História da família nuclear e da família de origem dos pais
Domínio	*DADOS DO AMBIENTE*
Categorias	Características da casa
	Características da vizinhança e da comunidade mais alargada
	Mobilidade geográfica da família
	Associação e transacção da família com a comunidade
	Sistema de suporte social da família

Domínio	*ESTRUTURA DA FAMÍLIA*
Categorias	Padrões de comunicação
	Estrutura de poder
	Estrutura do papel
	Valores da família
Domínio	*FUNÇÕES DA FAMÍLIA*
Categorias	Função afectiva (diagrama de proximidade)
	Função de socialização
	Função de cuidar a saúde
Domínio	*STRESS E COPING FAMILIAR*
Categorias	Stressores e forças a curto e a longo prazo da família
	Estratégias de coping utilizadas
	Utilização de estratégias de adaptação disfuncional

DIMENSÂO – AVALIAÇÂO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Categorias	

ANEXO 3 - Autorização de realização das entrevistas

fotocopiado

Exmª Senhora Presidente
do Conselho Científico da
Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes

À Dra. Ana Pessoal
informar que este pedido
está autorizado
03/02/11

O C.C. nada teve a opor.
Informar a interessada.
03.02.11

Manuela Josefa da Rocha Teixeira, professora adjunta do quadro desta Escola, vem solicitar autorização para realizar entrevistas aos alunos que vão ingressar no Curso de Licenciatura em Março.

Este pedido relaciona-se com a decisão de realizar um estudo exploratório no âmbito da saúde e da família.

Assim informa, que as entrevistas versarão as necessidades em saúde sentidas pela família de cada aluno, pelo que deseja que ocorram durante os primeiros dias do curso.

Mais informa que a sua realização dependerá da aceitação dos entrevistados.

Subscrevo-me atentamente

Porto, 7 de Fevereiro de 2003

Manuela Josefa da Rocha Teixeira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
D. ANA GUEDES
Registado no Livro
n.º 41 a fls. 15 sob o n.º 416
Alfândega 07/02/03

ANEXO 4- Dimensão – Visão transversal da família

DIMENSÃO - Visão transversal da família

Categorias	**Subcategorias**
Localização geográfica	Distrito - Concelho
	Nuts II – Nuts III
Composição da família	Número elementos/família
	Laços de parentesco
	Género
	grupo etário dos elementos
Escolaridade	Sem idade, analfabeto; 4.º ano; ≤9.º; ≤11.º; 12.º; Bacharel; Licenciado; Doutorado
Ocupação	Sem idade; Estudante; Trabalhador/estudante; Procura do 1.ºEmprego; Trabalhador por conta de outrem; Trabalhador por conta própria; Doméstico; Desempregado; Reformado;
Nível socioeconómico	Índice de Graffar: alto; médio alto; médio; médio baixo; baixo
Utilização do centro de saúde	Sim
	Não
	Às vezes

ANEXO 5 - Dimensão – Visão longitudinal da família

DIMENSÃO - Visão longitudinal da família

Domínio - Interacção familiar externa		
Categorias	**Subcategorias**	**Códigos das entrevistas**
Cultura	Identificação com cultura da comunidade	E1;E2;E3;E4;E5;E7;E8;E9;E11;E12; E13;E14;E15;E17;E19;E20;E22; E23;E24;E25;E26;E27;E28;E30; E32;E33;E34;E35;E37;E38;E39; E40;E41;E42;E43;E44;E45;E46; E47;E48;E49;E50;E51;E53;E54; E55;E56 = **47**
	Identificação com características culturais específicas da família	E6;E10;E16;E18;E21;E29;E31;E52; = **8**
Práticas religiosas	Católica - Sem práticas religiosas	E4;E7;E8;E10;E11;E12;E13;E15; E17;E18;E20;E21;E22;E23;E24; E25;E31;E33;E34;E35;E38;E40; E47;E50;E52;E55;E56; = **27**
	Católica - Com práticas religiosas -26	E1;E2;E3;E5;E6;E14;E16;E19;E26; E27;E28;E29;E30;E32;E37;E39; E41;E42;E43;E44;E45;E46;E48; E49;E51;E53; = **26**
	Outras	E9;E54; = **2**
Nível sócio económico	Médio alto	E7;E18;E40; = **3**
	Médio	E2,E3;E4;E5;E6,E8;E9;E10;E11; E12;E13;E14;E15;E16;E17,E20; E21;E22;E23;E24;E25;E26;E27; E28;E29;E30;E31;E32;E33;E34; E37;E38;E39;E41;E42;E43;E44; E45;E46;E47;E48;E49;E50;E51; E52;E53;E54;E55;E56; = **49**
	Médio Baixo	E1;E19;E35; = **3**

Mobilidade geográfica	Internacional	E10;E24;E31;E35;E52; = **5**
	Nacional	E2;E5;E7;E16;E17;E22;E26;E30; E33;E34;E40;E42; = **12**
	Local	E1;E3;E4;E6;E8;E9;E11;E12;E13; E14;E15;E18;E19;E20;E21;E23; E25;E27;E28;E29;E32; E37;E38; E39;E41;E43;E44;E45;E46;E47; E48;E49;E50;E51;E53;E54;E55; E56; =**38**
Interligação família/comunidade	Activa alguns elementos	E4;E6;E7;E18;E31;E33;E39;E41; E47;E48;E51;E53; = **12**
	Activa toda a família	E3;E5;E43; =**3**
	Não activa	E1;E2;E8;E9;E10;E11;E12;E13; E14,E15;E16;E17;E19;E20;E21; E22;E23;E24;E25;E26;E27;E28; E29;E30;E32;E34;E35;E37;E38; E40;E42;E44;E45;E46;E49;E50 E52;E54;E55;E56; = **40**
Recreação	Com outros não familiares	E2;E3;E4;E5;E6;E7;E8;E11;E13; E16;E18;E19;E20; E22;E24;E29; E30;E31;E33;E34;E37;E38;E40; E41;E47;E48;E49;E50;E51;E53; E54; E55;E56; = **33**
	Com a família	E9;E10;E15;E17;E23;E25;E26; E27;E28;E32;E35;E39;E42;E43; E44;E45;E46;E52; = **18**
	Nenhuma	E1;E12;E14; E21; = **4**

Habitação	Própria – moradia	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E9;E10;E20; E21;E23;E25;E29;E30;E31;E32; E33;E34;E38;E39;E41;E43;E45; E46;E47;E48;E49;E52;E53; = **29**
	Própria – andar	E7;E11;E12;E15;E16;E17;E18; E22;E24;E26;E27;E28;E35; E37; E40;E42;E44;E50;E51;E54;E55; E56; = **22**
	Arrendada – moradia	E19; = **1**
	Arrendada – andar	E8;E13;E14; = **3**
Ambiente	Social	E15;E22;E24; = **3**
	Físico aprazível	E2;E3;E4;E6;E7;E8;E9;E10;E11; E12;E14;E16;E17;E18;E19;E20; E25;E26;E27;E28;E29;E30;E32; E33;E34;E35;E37;E38;E39;E40; E41;E42;E43;E44;E45;E46;E47; E48;E49;E50;E51;E52;E53;E54; E55;E56; = **46**
	Físico com problemas	E1; E5;E13;E21;E23;E31; = **6**
Suporte social	Entidades	E4; E21; = **2**
	Vizinhos	E2;E5;E8;E14;E17;E19;E22;E26; = **8**
	Amigos	E10;E16;E18;E37;E38;E40;E48; = **7**
	Família alargada	E1;E3;E6;E7;E9;E11;E12;E13;E15; E20;E23;E24;E25;E27;E28;E29; E30;E31;E32;E33;E34;E35;E39; E41;E42;E43;E44;E45;E46;E47; E49;E50;E51;E52;E53;E54;E55; E56; = **38**

Utilização dos serviços de saúde - Local	Serviços privados		E1;E2;E3;E5;E7;E10;E13;E14;E17; E18;E22;E23;E26;E27;E28;E29; E33;E34;E37;E39;E42;E43;E44; E46;E52;E53; = **26**
	Serviços públicos		E8;E11;E19;E20:E21;E30;E32; E35;E38,E45;E50;E51;E54;E55; E56; = **15**
	Serviços públicos/ Serviços privados		E4;E6;E9;E12;E15;E16;E24;E25; E31;E40;E41;E47;E48;E49; = **14**
	Receber profissionais no domicílio	Médico	E1;E2;E8;E9;E12;E14;E15;E16; E21;E30;E33;E38;E40;E41;E43; E47;E48;E49;E50; = **19**
		Enfermeiro	E1;E2;E8;E9;E12;E15;E16;E21; E30;E33;E40;E41;E43;E47;E48; E50; = **16**
	Contacto com profissionais de saúde na comunidade		E45;E46;E47;E50;E53; = **5**
Utilização dos serviços de saúde - Motivo	Cuidados curativos		E1;E2;E3;E4;E5;E9;E10;E13;E14; E15;E18;E20;E22;E24;E25;E27; E28;E29;E30;E31;E32;E33;E34; E35;E40;E42;E44;E45;E46;E47; E48;E49;E51;E52;E53; = **35**
	Cuidados preventivos		E6;E7;E8;E11;E12;E16;E17;E19; E21;E23;E26;E37;E38;E39;E41; E43;E50;E54;E55;E56; = **20**

Domínio - Interacção familiar interna		
Categorias	**Subcategorias**	**Códigos das entrevistas**
História familiar		
Comunicação	Aberta e espontânea	E3;E4;E5;E6;E9;E10;E11;E12;E15; E16;E18;E23;E26;E27;E28;E29 E30;E31;E32;E35;E37;E38;E39; E40;E41;E43;E45;E46;E47;E48; E49;E51; E52;E53;E54;E55; = **36**
	Com limitações	E1;E2; E7;E8;E13;E14;E17;E19; E20;E21;E22;E24;E25;E33;E34; E42;E44;E50;E56; = **19**
Poder	Partilhado na díade parental	E3; E6;E7;E10;E12;E14; E16;E19; E20;E21;E23;E25;E27;E29;E30; E33; E34; E38; E40;E41;E43;E44; E45;E47; E50; E53; = **26**
	Partilhado por toda a família	E4;E5;E8;E9;E11;E15;E17;E18; E26;E28;E32;E35;E37;E42;E46; = **15**
	Na posse de um elemento	E1;E2;E13;E22;E24;E31;E39;E48; E49;E51;E52;E54;E55;E56; = **14**
Valores	Sinceridade	E4;E5;E8;E9;E10;E14;E16;E19; E20;E21;E22;E26;E28;E38;E43; E44;E45;E46;E47;E48;E50;E54; E55; = **23**
	Família	E2;E3,E10;E12;E16;E23;E25;E27;E 33;E35;E40;E42;E49;E56; = **14**
	Respeito	E5;E13;E17;E20;E25;E30;E35; E41;E43;E45;E48;E49;E53; = **13**
	Amor	E4;E10;E11;E15;E16;E22;E23; E28,E30;E31;E41;E46; = **12**
	Solidariedade	E4;E6;E13;E18;E30;E37;E40;E41;E 42;E43;E51;E53; = **12**
	Saúde	E1;E2;E5;E7;E8;E13;E18;E22;E23; E31; = **10**

	Abertura		E21;E27;E32;E38;E42;E54; = **6**
	Futuro		E1;E3;E50;E52;E55;E56; = **6**
	Educação		E29;E51;E53;E54; = **4**
Função socialização	Papéis	Mãe com as responsabilidades domésticas	E1;E2;E5;E6;E8;E10;E11;E12;E13; E15;E16;E17;E18;E19;E21;E22; E24;E25;E28;E31;E32;E35;E33; E38;E39;E40;E41;E42;E43;E45; E46;E47; E49;E50; E52;E53;E54; E56; = **38**
		Mãe com toda a gestão familiar	E4; E20;E26;E34; E48; E51; = **6**
	Socialização de género		E3; E7;E14;E23;E27;E30;E37;E44; E55; = **9**
	Estabelecer regras		E9;E29; = **2**
Função afectiva	Maior proximidade dos descendentes com a mãe		E1;E2;E3;E6;E7;E10;E11;E12;E13, E15;E19;E20;E24;E26;E28;E31; E33;E34;E38;E42;E48;E49;E51; E53;E55;E56; = **26**
	Igual proximidade entre todos os membros		E16;E22;E25;E29;E35;E43;E46; E47;E52; = **9**
	Proximidade diversa entre os membros		E4;E5;E8;E9;E14;E17;E18;E21; E23;E27;E30;E32;E37;E39;E40; E41;E44;E45;E50;E54; = **20**
Função de cuidar a saúde	Prestar Cuidados	mãe	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E7;E8;E10; E12;E13;E17;E19;E20;E21;E23; E24;E25;E27;E28;E30;E31;E32; E33;E34;E35;E38;E42;E44;E45; E46;E47;E48;E50;E51;E53;E54; E55;E56; = **39**
		pai	E39;E52; = **2**
		Ambos os pais	E41;E43; = **2**
		filha	E14;E15;E22;E37;E49; = **5**
		qualquer um	E9;E11;E16;E18;E26;E29; E40;= **7**

	Exercício físico	todos	E16;E17;E47;E53; = **4**
		Alguns	E3;E4;E6;E7;E8;E10;E12;E13;E15; E19;E20;E22;E23;E25;E28;E29; E31;E32;E34;E35;E37;E40;E41; E46;E48;E49;E51;E52;E54;E55; E56; = **30**
		Sem exercício	E1;E2;E5;E9;E11;E14;E18;E21; E24;E26;E27;E30;E33;E38;E39; E42;E43;E44;E45;E50; = **21**
	Alimentação	Equilibrada	E1;E2;E3;E5;E6;E8;E9,E11;E12; E13;E14;E15;E16;E17;E18;E19; E20;E21;E22;E23;E24;E25;E26; E27;E28;E29;E30;E32;E33;E34; E35;E37;E38;E39;E40;E41;E42; E43;E44;E45;E46;E47;E48;E49; E50;E51;E53;E54;E55;E56; = **50**
		não equilibrada	E4;E7; E10; E31; E52; = **5**
	Higiene oral	todos os elementos da família pelo menos2x/dia	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E7;E8;E10;E11; E12;E13;E14;E15;E17;E18;E19; E20;E21;E22;E23;E24;E25;E26; E27;E28;E29;E30;E31;E32;E33; E34;E35;E37;E38;E39;E40;E41; E42;E43;E44;E45;E46;E47;E48; E49;E50;E51;E52;E53;E54;E55; E56; = **53**
		Alguns elementos das famílias ≥5x/dia	E9;E16; = **2**

	Hábitos de sono	Sem dificuldade	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E8;E9;E10;E11; E12;E13;E14;E16;E17;E18;E19; E20;E22;E23;E24;E25;E27;E28; E29;E30;E31;E32;E33;E34;E35; E37;E38;E39;E40;E42;E43;E45; E46;E47;E48;E49;E50;E51;E52; E53;E55; = **47**
		Com dificuldade – mãe	E7;E15;E21;E26;E41;E44;E54; E56; = **8**
	Comportamentos aditivos	Tabaco	E4;E30;E34;E41;E50;E51;E54; = **7**
		Vinho	E2;E3;E5;E7;E9;E12;E14;E15;E16; E20;E23;E24;E25;E27;E33;E35; E43;E47;E48;E49;E52; = **21**
		Tabaco + vinho	E1;E6;E10;E13;E19;E21;E22;E29; E31;E32;E37;E38;E39;E44; = **14**
		Não detectado	E8;E11;E17;E18;E26;E28;E40; E42;E45;E46;E53;E55;E56; = **13**
	Opinião sobre serviços de saúde	Favorável	E2;E4;E8;E11;E12;E13;E15;E16; E19;E22;E25;E30;E32;E37;E38; E49;E50;E54; = **18**
		Desfavorável	E1;E6;E9;E10;E14;E20;E21;E24; E26;E29;E31;E33;E39;E41;E45; E46;E47;E51;E52;E53;E56; = **21**
		Não detectado	E3;E5;E7;E17;E18;E23;E27;E28; E34;E35;E40;E42;E43,E44;E48; E55; = **16**

Estratégias resolução problemas	Partilhada	Por todos	E4;E5;E6;E7;E9;E10;E11;E12;E13; E16;E18;E19;E20;E24;E25;E26; E27;E29;E30;E32;E33;E35;E37; E38;E43;E45;E46;E47;E53;E54; E55; = **31**
		Por alguns	E2; E3; E8; E15; E17; E21;E48; E49; E52; = **9**
	Isoladamente		E1; E14; E22;E23;E28;E31; E34;E39;E40;E41;E42;E44;E50; E51;E56; = **15**

ANEXO 6 - Dimensão - Focos de Enfermagem

Dimensão – Focos de Enfermagem

Categorias	**Subcategorias**	**Códigos das entrevistas**
Aceitação	Gerir e controlar sentimentos de preocupação e tensão.	E21
Adaptação	Gerir novas situações e desafios	E8;E10;E21;
Apego	Vínculo	E7;E21;E42;
Apoio social	Aceitar e receber ajuda de outros	E21;
Barreira à comunicação	Obstrução à troca de pensamentos, informações.	E2;E14;E50
Bem-estar físico	Imagem mental de estar em boas condições físicas.	E21;
Bem-estar psicológico	Imagem mental de estar em boas condições psicológicas.	E7;E21;
Comportamento assertivo	Expressão apropriada dos pensamentos, sentimentos.	E7;
Comportamento de procura de saúde	Gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde.	E1;E7;E8;E10;E19;E22; E25;E28;E44;E46;E54;
Comportamento interactivo	Acções recíprocas.	E7;
Comunicação	Com dificuldades	E1;E2;E8;E13;E17;E19; E20;E22;E24;E33;E34; E42;E50;E56;
Divertir-se	Actividades com o objectivo de se entreter, recrear, estimular e relaxar	E7;E21;
Fazer exercício	Realizar actividade física.	E7;E21;E28;E44;

Isolamento social	Contacto social diminuído	E21;
Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos	Número refeições.	E4
	Quantidade e qualidade de alimentos.	E7; E31
	Quantidade e qualidade de líquidos.	E52
	Confecção de alimentos.	E10
Participação	Partilhar actividades em sociedade.	E7;E38;
Processo familiar	Interacções menos positivas entre os membros da família.	E4; E13;E14; E18; E21; E34;
	Padrões de relacionamento entre os membros da família.	E1; E2; E3; E7; E25; E44; E49; E53; E56;
Rendimento familiar	Salários, dividendos ou outros recursos.	E50;
Satisfação conjugal	Emoções gratificantes ou apoio entre casais de uma família.	E19;E23;
Tomar conta	Providenciar cuidados.	E21;
Uso de tabaco	Prática habitual de fumar tabaco em cigarros.	E1;E4;E6;E10;E13;E19; E21;E22;E29;E30;E31; E32;E34;E37;E38;E39; E41;E44;E50;E51;E54;

Focos (categorias)	**Definição (CIPE versão 1.0)**
Aceitação	Processo de coping com as características específicas: gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos (p.80)
Adaptação	Processo de coping com as características específicas: disposição para gerir novas situações e desafios (p.81)
Apego	Comportamento interactivo com as características específicas: vínculo ou laço de afeição (p.41)
Apoio social	Comportamento interactivo (p.42)
Barreira à comunicação	Impedimento ou bloqueio à troca de pensamentos, mensagens ou informação (p.42)
Bem-estar físico	Bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar em boas condições físicas ou conforto físico, satisfação com controlo de sintomas tais como o controlo da dor ou estar contente com o meio físico envolvente (p.95)
Bem-estar psicológico	Bem-estar com as características específicas: imagem mental de estar em boas condições psicológicas, satisfação com o controlo do stress e do sofrimento (p.95)
Comportamento assertivo	Comportamento interactivo com as características específicas: expressão dos direitos pessoais, pensamentos, crenças e sentimentos, de forma directa honesta e apropriada (p.41)
Comportamento de procura de saúde	Actividade executada pelo próprio com as características específicas: forma previsível de identificar, usar, gerir, e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros (p.44)

Comportamento interactivo	Comportamento com as características específicas: agir com os outros (p.39)
Comunicação	Comportamento interactivo com as características específicas: dar ou trocar informações, mensagens, sentimentos ou pensamentos entre indivíduos ou grupos, usando comportamentos verbais e não verbais, conversação face-a-face ou por meios de comunicação remota como o correio, correio electrónico e telefone (p.41)
Divertir-se	Actividade executada pelo próprio com as características específicas: encarregar-se de encontrar actividades com o objectivo de se entreter, recrear, estimular e relaxar (p.47)
Fazer exercício	Actividade executada pelo próprio com as características específicas: executar actividades físicas e programas de exercícios corporais com o objectivo de se manter em boa condição física, com mobilidade e saudável (p.44)
Isolamento social	Status social (p.102)
Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos	Hábito (p.45)
Padrão de higiene	Hábito (p.46)
Participação	Comportamento interactivo com as características específicas: fazer parte de algo, partilhar uma actividade (p.42)

Processo familiar	Processo com as características específicas: interacções positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família (p.77)
Rendimento familiar	Rendimento com as características específicas: salários, fundos, dividendos ou outros recursos, que permitem à família cobrir as suas despesas; associado com o nível de saúde, condições habitacionais, vestuário, hábitos alimentares e gestão do orçamento familiar (p.102)
Satisfação conjugal	Status com as características específicas: continuidade na realização dos desejos, emoções gratificantes ou ratificação entre os parceiros de um casamento ou casais de uma família (p. 96)
Tomar conta	Actividade executada pelo próprio com as características específicas: acções de providenciar cuidados quando necessários, apoiando todas as idades e tipos de necessidades básicas, frequentemente associado a educação, estimulação ou sustento (p.42)
Uso de tabaco	Uso de substâncias com as características específicas: uso habitual de tabaco como estimulante através de cigarros, charutos, cachimbo, mascar ou cheirar rapé (p.48)

Juízo (categorias)	**Definição (CIPE versão 1.0)**
Comprometido	Juízo positivo ou negativo com as características específicas: estado julgado como negativo, alterado, inadequado ou ineficaz (p.107)
Diminuído	Nível absoluto com as características específicas: falta; défice; abaixo da média ou abaixo da quantidade, intenção ou intensidade normais (p.107)
Elevado	Nível absoluto com as características específicas: acima da média ou mais do que o normal em quantidade, intenção ou intensidade normais (p.107)
Actual	Potencialidade com as características específicas: presente ou real (p.108)
Risco	Potencialidade com as características específicas: possibilidade de perda ou problema, problema que é esperado com uma certa probabilidade, potencial para um estado negativo (p.108)
Potencial para desenvolvimento	Potencialidade com as características específicas: capacidade para melhorar, possuir a capacidade de crescimento e posterior desenvolvimento (p. 108)
Nível esperado	Nível absoluto com as características específicas: média, quantidade, intenção ou intensidade possível ou provável (p.107)

Anexo 7 – Triangulação

TRIANGULAÇÂO

Resultados da análise dos registos de uma família:						
Focos	Inv	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Total
Comportamento de procura de saúde	×	×	×	×	×	5
Processo familiar	×	×	×	×	×	5
Padrão alimentar	×	×	×	×	×	5
Comunicação		×	×	×	×	4
Participação	×	×	×		×	4
Fazer exercício	×	×		×	×	4
Apego/ligação mãe filho	×				×	2
Sono			×		×	2
Comportamento interactivo	×					1
Comportamento assertivo	×					1
Obstrução/barreira à comunicação					×	1
Bem-estar psicológico	×					1
Divertir-se	×					1
Pontos Fortes	Inv	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Total
Pertencer associação pais	×		×		×	3
Convívio regular em família,	×		×		×	3
Ser voluntária	×		×			2
Interacção entre o pai e as crianças	×		×			2
Preferir alimentação mais convencional (sopa)	×		×			2
Cuidado materno na não ingestão excessiva	×		×			2
Comunicação aberta			×			1
Comportamento de procura de saúde			×			1
Hábitos de higiene oral regulares			×			1
Actividade física			×			1

Anexo 8 – Dimensão - Pontos fortes das famílias

Dimensão – Pontos Fortes das Famílias

Categorias	**Subcategorias**	
Casamento sólido	Cooperação	E2; E3; E5; E6; E9; E10; E12; E14; E15; E16; E20; E22; E24; E25;E27; E28; E29; E31; E32; E33; E35;E38; E40; E41; E43; E45; E46; E47;E49; E50; E52; E55; E56; =**33**
	Intimidade	
	Poder partilhado	
Poder paternal democrático	Autoridade e responsabilidade na posse dos pais	E3; E4; E5; E6; E7; E8;E9;E10;E11; E12; E14; E15; E16; E17; E18;E19; E20; E21; E23; E25; E26; E27;E28; E29; E30; E32; E33; E34; E35;E37; E38; E40; E41; E42; E43; E44;E45; E46; E47; E50; E53; = **41**
	Filhos ouvidos e respeitados	
Coesão familiar	Equilíbrio entre “eu e “nós”	E3; E4; E5; E6; E8; E9; E10; E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17;E18; E19; E20; E22; E24; E26; E27;E28; E29; E30; E31; E33; E34; E35;E37; E39; E40; E41; E42; E43; E45;E46; E47; E48; E49; E50; E51; E42;E53; E55; E56; = **45**
Comunicação	Aberta e espontânea	E3;E4;E5; E6; E9; E10; E11; E12; E15; E16; E18; E23; E26; E27;E28; E29; E30; E31; E32; E35; E37;E38; E39; E40; E41; E43; E45; E46;E47; E48; E49; E51; E52; E53; E54; E55; = **36**

Capacidade de solucionar problemas	Negociação e consenso	E2; E4; E5; E6; E7; E8;E9;E10;E11; E12; E13; E14; E15; E16; E17;E18; E19; E20; E23; E25; E26; E27;E29; E30; E32; E33; E35; E37; E38;E39; E41; E43; E45; E46; E47; E48;E49; E52; E53; E54; E55; = **41**
Abertura na partilha de sentimentos	Cordialidade, preocupação mútua e humor	E3; E4; E5;E6; E7; E8; E9;E11;E12; E13; E14; E15; E16; E17; E18;E19; E20; E21; E22; E23; E25; E26;E27; E29; E31; E32; E34; E35; E37;E39; E40; E41; E42; E43; E45; E46;E47; E48; E49; E50; E51; E52; E53;E54; E55: = **45**
Lidar com as perdas	Aceitar perdas e lidar através do luto	E1; E2; E4; E5; E6; E8;E9;E10;E11; E14; E15; E17; E19; E20; E22;E23; E24; E25; E26; E27; E28; E29;E30; E31; E32; E33; E34; E35; E37;E38; E39; E40; E41; E43; E44; E45;E46; E47; E48; E49; E50; E51; E52;E53; E54; E55; E56; = **47**
Crença na bondade humana	Aceitar que o ser humano erra Aceitar que os comportamentos podem não ter na base uma má intenção	E2; E3; E5; E6; E7; E9; E10; E11; E12; E13; E15; E16; E19; E22;E25; E27; E28; E29; E30; E31; E32;E33; E35; E37; E38; E39; E40; E41;E42; E43; E44; E45; E47; E48; E49;E51; E52; E53; E54; E56; = **40**
Intimidade e autonomia	Promoção da autonomia individual Promoção de relações íntimas	E3; E5; E6; E8; E9; E11; E12, E15, E16; E17; E18; E22; E23; E24,E25; E26; E27; E29; E30; E31; E32;E33; E35; E37; E40; E41; E43; E45;E47; E48; E52; E55; = **32**

Interligação família/comunidade	Activa alguns elementos	E4;E6;E7;E18;E31;E33;E39;E41; E47;E48;E51;E53; = **12**
	Activa toda a família	E3;E5;E43; = **3**
	Não activa	E1;E2;E8;E9;E12;E14,E21;E23;E24; E25;E28;E32;E35;E37;E38;E40; E44;E46;E52;E54;E55; = **21**
	Indícios de interligação	E10;E11;E13;E15;E16;E17;E19; E20;E22;E26;E27;E29;E30;E34; E42; E45; E49;E50; E56; = **19**
Mitologia	Congruente	E1;E2;E3;E4;E5;E6;E7;E9;E10; E11;E12,E14;E15;E16;E17;E18; E19;E20;E23;E25;E26;E27;E28; E29;E30;E31;E32;E33;E34;E35; E37;E38;E39;E40;E41;E42;E43; E44;E45;E46;E47;E48;E49;E50; E51;E52;E53;E54;E55;E56; = **50**
	Duvidoso	E8;E13;E21;E22;E24; = **5**

Anexo 9 – Posicionamento das famílias no constructo – famílias saudáveis

Família	Casamento sólido	Poder paternal democrático	Coesão familiar	Comunicação	Capacidade de solucionar problemas	Abertura na partilha de sentimentos	Lidar com as perdas	Crença na bondade humana	Intimidade e autonomia	Total
1										1
2										4
3										7
4										6
5										9
6										9
7										4
8										6
9										9
10										7
11										8
12										8
13										4
14										6
15										9
16										8
17										6
18										6
19										6
20										6
21										2
22										6
23										6
24										4
25										7
26										7
27										9

28										6
29										9
30										7
31										7
32										8
33										7
34										4
35										9
37										8
38										6
39										6
40										8
41										9
42										4
43										9
44										3
45										9
46										7
47										9
48										7
49										7
50										5
51										5
52										8
53										7
54										5
55										7
56										4