

00 105 90

HELENA VICTORIA SAGEBIN

ASSISTÊNCIA DIRETA DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA

Tese apresentada como exigência parcial para obtenção do título de **Livre Docente-Doutor** (Área: Saúde Pública)

Rio de Janeiro - 1988

BIBLIOTECA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PESQUISA EM SAÚDE PÚBLICA
AV. BRASÍLIA, 47 - MARACÁ, RIO DE JANEIRO, RJ - 21545-900

COMISSÃO EXAMINADORA

Dra.Nylza da Rocha Dias de Medeiros

Dra.Maria Teresa da Silva

Dra.Ines Pereira Dantas

Dra.Rosalda Cruz Nogueira Paim

Dra.Tereza de Jesus Senna

RECONHECIMENTO

Sou muito grata a todos aqueles que, direta e indiretamente, colaboraram no desenvolvimento do trabalho, em especial:

- aos que acreditaram:

- Doutora Olga Edit;
- Mestre Maria da Glória Bordini;
- Mestre Beatriz Regina Lara dos Santos;
- Prof. Mário B. Wagner pela assessoria em estatística;
- Prof.^a Carmem Sílvia Simões Canarim pela datilografia do presente trabalho.

- e à quem muito me ensinou:

- Mestre Maria Ignez Ramos da Silva Regenin

Meus familiares,
Meus filhos, minha neta Gabriela,
A oportunidade maravilhosa de viver o sentimento de
família

In memoriam
A meus pais
Que, cumprindo suas
funções,
Me ensinaram a amar.

"O laço
que une a sua família verdadeira
não é de sangue, mas
de respeito e alegria pela
vida um do outro".

RICHARD BACH

Sou grata à quem em silêncio me mostrou
que não existem fracassos, mas desafios,
momentos, que oferecem dádivas.

AGRADECIMENTO

- . À Sr.^a Delegada da 1.^a Delegacia da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, Dr.^a Ivone Tigre da Silva, que permitiu e facilitou o acesso às informações necessárias ao estudo.
- . Aos enfermeiros da rede prestadora de serviços da 1.^a Delegacia de Saúde da SSMA/RS, que submetendo-se à pesquisa, propiciaram informações e forneceram material que permitiu a realização deste trabalho.
- . Ao CNPq e FAPERGS pelo auxílio parcial fornecido para a execução deste trabalho.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS	V
ÍNDICE DE ANEXOS	VI
RESUMO	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUÇÃO	1
1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	2
2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	8
3 ESCOPO DA PESQUISA	11
4 OBJETIVOS DA PESQUISA	13
5 DEFINIÇÃO DE TERMOS	14
5.1 - Assistência de enfermagem	14
5.2 - Atitudes	14
5.3 - Atividades	14
5.4 - Atividade direta	15
5.5 - Atividade semi-direta	15
5.6 - Atividade indireta	15
5.7 - Comunidade	15
5.8 - Família	16
5.9 - Função	16
5.10- Unidade assistencial	17
6 SUPORTE TEÓRICO	18
PARTE I: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
1 A FAMÍLIA	20
1.1 - O conceito de família	21

1.2 - Organização familiar	26
1.3 - Funções da família	34
1.4 - Necessidades da família	41
2 ENFERMAGEM NA FAMÍLIA	49
2.1 - Considerações preliminares	49
2.2 - Assistência direta do enfermeiro à família	56
PARTE II: DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	64
3 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS	65
3.1 - Tipo e características do estudo	65
3.2 - Variáveis	65
3.3 - Da população	66
3.4 - Da amostra	67
3.5 - Dos instrumentos de pesquisa	68
3.5.1 - Estrutura dos instrumentos de pesquisa	68
3.5.2 - Realização do estudo piloto	70
3.6 - Coleta de dados	70
3.7 - Processamento e análise dos dados	72
4 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO	74
4.1 - Dados descritivos dos sujeitos da amostra	75
4.2 - Atividades diretas de assistência à família	79
4.3 - Fatores facilitadores e restritivos	85
4.4 - Correlação entre os fatores facilitadores/ restritivos e o nível de assistência prestada	90
PARTE III: CONCLUSÕES	100
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	111

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1 - Distribuição dos enfermeiros amostrados, segundo grupo de idade. Porto Alegre, 1987 ...	75
TABELA 2 - Distribuição dos enfermeiros amostrados, segundo tempo de exercício profissional. Porto Alegre, 1987	76
TABELA 3 - Distribuição dos enfermeiros por origem de de órgão formador. Porto Alegre, 1987	76
TABELA 4 - Distribuição dos enfermeiros por cursos realizados em relação à profissão. Porto Alegre, 1987	77
TABELA 5 - Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de serviço na SSMA/RS. Porto Alegre, 1987	78
TABELA 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de lotação na unidade assistencial. Porto Alegre. Porto Alegre, 1987.....	78
TABELA 7 - Distribuição da amostra por número de pontos nas atividades de assistência à família.....	80
TABELA 8 - Distribuição das respostas da amostra em cada item do questionário II	81
TABELA 9 - Sumário da frequência das atividades executadas	84
TABELA 10- Distribuição das respostas da amostra à indagação dos fatores que facilitam ou restringem a prestação da assistência à família	87
TABELA 11- Distribuição dos fatores facilitadores para a prestação da assistência direta à família ..	88
TABELA 12- Distribuição dos fatores restritivos para a prestação da assistência direta à família ..	89
TABELA 13- Sumário da correlação entre fatores facilitadores e as atividades de assistência	92

TABELA 14- Sumário da correlação entre fatores
restritivos e as atividades de assistência ... 95

QUADRO I - Hierarquização nominal das atividades
segundo seu grau de relevância na determinação
do nível de assistência à família 97

ÍNDICE DE ANEXOS

- ANEXO 1 - Correspondência enviada à 1.^a Delegacia de Saúde da SSMA/RS, novembro 1987.
- ANEXO 2 - Instruções para preenchimento dos instrumentos de pesquisa
- ANEXO 3 - Questionário I: Identificação da amostra
- ANEXO 4 - Questionário II: Atividades diretas de assistência
- ANEXO 5 - Questionário III: Fatores facilitadores e restritivos

RESUMO

O presente trabalho elaborado a partir de um plano de pesquisa, teve como propósito reconhecer, quantificar e qualificar as atividades diretas de assistência à família, vivenciadas pelos enfermeiros.

Foram também abordados aspectos que interferem na prestação da assistência.

O estudo de campo descritivo foi realizado no período de 1987, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

A população de estudo é constituída de 26 enfermeiros da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul.

Os resultados mostraram que, na percepção da amostra, é prestado 52.5% da assistência esperada; que é reconhecido que existem fatores facilitadores e restritivos à prestação da assistência do enfermeiro à família, mas estatisticamente não guardam relação com a execução das atividades; que o nível de assistência prestada tem relação com o nível hierárquico que as atividades ocupam dentro de uma escala de valores.

ABSTRACT

The present paper is developed from a research plan and has the purpose of recognizing, quantifying and qualifying the direct activities of attendance to the family experienced by nurses.

Aspects that interfere in attendance are also discussed.

The descriptive study of field was made during 1987, in Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

The researched population is formed by 26 nurses that work at Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul.

The results show that, in the perception of the sample, it is given 52,5% of expected attendance; that it is recognized the existence of factors that facilitate and limit the nurse's attendance to the family, but, statistically, they do not have relationship with the execution of the activities; that there is a relationship between the level of attendance given and the hierarchical level that the activities have in a scale of values.

INTRODUÇÃO

1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A velocidade das descobertas científicas aplicáveis em áreas de grande influência na vida social, nos dias atuais, aumenta em proporções significativas. Este desenvolvimento do conhecimento técnico, em progressão geométrica, tem se tornado cada vez mais sofisticado e mais importante dentro do processo de assistência à saúde. A utilização do que há de mais avançado em tecnologia da informação — o computador — nos serviços de saúde, determina que a história de assistência entre numa nova etapa. No entanto, o que se tem assistido é que os avanços tecnológicos não têm trazido em seu bojo uma elevação dos padrões de vida. Ao contrário, vê-se crescer uma civilização em que a distância entre os que têm acesso aos recursos mais aperfeiçoados e os privados de condições mínimas de sobrevivência é cada vez maior. O fato é que o abismo entre os conhecimentos disponíveis e a sua aplicação tem aumentado.

REZENDE (1986), mostra de maneira clara que o processo social é eminentemente dinâmico e que a história muda na medida em que a tecnologia evolui. Todos têm testemunhado o conhecido fenômeno do progresso tecnológico e crescimento eco-

nômico nacional, que em nada tem contribuído para a melhoria da qualidade de vida do maior segmento da sociedade.

Deve-se ter presente que os avanços técnicos são irreversíveis e que o desafio é aprender a usá-los de forma racional, dentro do nível de complexidade que o caso requer e dentro do espaço que uma crise econômico-social, como a que o País vive, permite.

O *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana* (1986) traz uma crônica sobre os efeitos da crise econômica na América Latina e Caribe quanto à saúde. O complexo problema é analisado sob dois aspectos. Por um lado, as crises de ordem político-social, provocando uma redução de investimentos, falta de emprego, redução de ingresso pecuniário na família, o que se vincula de maneira variável com a morbidade e mortalidade. Por outro lado, a própria recessão econômica que, determinando de forma indireta o aparecimento de mais doenças, provoca um aumento de demanda nos serviços de saúde. Os serviços de saúde, por seu turno, têm dificuldade de atender esta demanda crescente, porquanto a redução de seu orçamento já comprometeu suas metas, objetivos e expansão. Estes aspectos, no entender do Autor, devem orientar os países no sentido de buscar alternativas que, otimizando os recursos existentes com eficácia, garantam uma cobertura que contribua para a promoção da saúde e permita uma constante vigilância do estado de saúde da população.

Considera-se que os recursos estão sendo utilizados

de forma apropriada à proporção que as ações de saúde têm um custo compatível com a realidade da comunidade, intervindo prontamente quando há desvio da normalidade e resguardando a assistência institucionalizada para os casos que requeiram uma tecnologia inapropriada para o uso domiciliar.

Em 1977, quando a Trigesima Assembléia Mundial de Saúde decidiu estabelecer como principal meta dos governos e da OMS a "saúde para todos no ano 2.000", adotava-se o princípio de que saúde é um dever, uma conquista que se vive dia a dia:

"a saúde é promovida ou debilitada onde as pessoas vivem; começa no lar, na escola, no campo, na fábrica" (MAHLER, 1979:24).

O trajeto em direção à saúde para todos no ano 2.000 é uma complexa tarefa de administrar eficazmente os recursos disponíveis e tornar as pessoas conscientes da responsabilidade de seu autocuidado.

✧ A problemática de prestar maior e melhor assistência a um custo menor, preservando a autodeterminação das pessoas tem determinado que países, em diversos estágios de desenvolvimento, recorram a alternativas inovadoras, visando a utilização máxima de seus recursos, especialmente dos recursos humanos, para assim elevar a qualidade da assistência e satisfazer as necessidades de saúde.

✧ É esperável que, nas estratégias propostas, o enfermeiro esteja sempre incluído entre os profissionais de saúde com conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de impulsio-

nar alguns aspectos motivadores para as mudanças na qualidade de vida. Tanto é assim que alguns países, nos programas de saúde para todos no ano 2.000, propõem, como elemento de vanguarda para implantação e sucesso da Atenção Primária, o aumento do quantitativo de enfermeiros nas comunidades, prestando assistência direta ao cliente.

No entanto, a prática no nosso meio não tem mostrado o mesmo nível de entendimento. Os órgãos públicos destinados a prestar assistência integral à população, têm levado os enfermeiros à vivência intensa da função administrativa, em detrimento da assistencial, razão da existência da profissão. Acresce-se a isto o fato de que há uma enorme desproporção profissional x clientela.

A família, menor grupo social, onde "se iniciam, corrigem ou prolongam problemas", declarada unidade de serviço desde o advento de enfermagem científica, tem sido relegada ao esquecimento. Por outro lado, convém salientar que não é fácil passar do atendimento individualizado no ambiente familiar para o da família como um todo. Há toda uma história de formação profissional e organizações institucionais em que o cliente é o indivíduo. Paralelamente, as famílias muitas vezes têm situações de risco e problemas, que não são por elas reconhecidos como tais. Fazer com que a família identifique, compreenda e aceite suas limitações e potenciais é uma conduta de autoconhecimento a qual o enfermeiro pode impulsionar, através de uma análise da realidade que facilitará a tomada de decisão.

Esse alvo, porém, não é visado e disso resulta que a assistência direta à família no seu ambiente seja posta de lado como uma série de tarefas simples, repetitivas, limitadas em sua natureza, quando muito delegadas a pessoal não qualificado para executar algum procedimento num indivíduo no seu domicílio. No entanto, esta assistência é muito mais complexa e desafiadora do que geralmente se reconhece. Embora se viva na era da tecnologia, o que diferencia o trabalho não qualificado e o trabalho especializado não é meramente o grau do saber técnico, mas o equilíbrio no emprego do saber técnico e humanístico na assistência.

Bastante significativas são as orientações de ARCHER (1977) sobre o trabalho do enfermeiro no grupo familiar. A Autora entende que o propósito da assistência é ministrar informações sobre alternativas e possíveis resultados. Esses objetivos denotam a sua preocupação em compreender e aceitar a família dentro de seu contexto e em utilizar o conhecimento humanístico-científico para fortalecer a autodeterminação e promover a saúde dessa unidade social mínima.

A assistência à família em seu ambiente, observando, planejando, promovendo, apoiando, orientando, delegando e cuidando, não só quanto a aspectos sadios, mas também em situações de desordem da saúde, requer do profissional um corpo de conhecimentos a partir do qual é possível estabelecer um relacionamento de ajuda, que permita a troca e o crescimento mútuo. Este repertório é prerrogativa do técnico, aquele que possui um conhecimento, concretizado através da experiência,

mas que tem como base um processo de sistematização através do ensino formal em nível universitário.

A família, de sua parte, procura adaptar-se às novas exigências determinadas pelo impacto das profundas alterações sócio-econômico-culturais que se vivem no momento. Isto tem acentuada repercussão sobre a sua saúde, como grupo e no que toca a cada membro. Essa é uma razão bastante forte para que os enfermeiros destinem tempo e esforços para atendê-la no seu nível de necessidades, antevendo conseqüências, ajudando-a, a fim de, na medida de suas possibilidades, alterar os rumos de sua história, preparando-a para os resultados, sejam positivos ou negativos.

Este ato de compromisso exige eficácia dos serviços e competência dos profissionais, motivo porque o presente trabalho é dedicado ao questionamento da assistência direta a família, em seu ambiente familiar, prestada pelos enfermeiros.

2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A saúde comunitária é abordada no Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a forma de disciplina curricular, cuja súpula reza que

"através do estudo das necessidades básicas da saúde da família, quer se oportunizar ao estudante vivenciar em situações práticas a assistência de enfermagem nos cuidados primários de saúde do indivíduo, família e outros grupos da comunidade".

Tendo como centro de suas ações a família, a disciplina adota como estratégia de ensino-aprendizagem, atividades práticas com embasamento teórico (FREEMAN, 1957 e ARCHER, 1971), em unidades assistenciais no município de Porto Alegre, RS, que tenham por pressuposto a universalização do atendimento em todos os níveis de prevenção.

Ao selecionar os campos para as experiências de prática de ensino, a disciplina, entre outros pré-requisitos, procura aqueles que ofereçam as seguintes oportunidades:

- 1) Que o aluno vivencie a assistência à família como um todo;

- 2) Que o trabalho a ser desenvolvido com a família permita uma aprendizagem partilhada com a equipe de saúde e de forma destacada com o profissional enfermeiro da instituição que presta assistência às famílias.

Acredita-se que a vivência família x aluno x profissional, na sua *práxis*, enseje acesso a situações de análise do conjunto de atividades e requisitos relacionados ao papel assistencial apropriado ao enfermeiro, de conformidade com os ditames da pedagogia da ação.

Idealmente, a prática vigente dos profissionais nos órgãos prestadores de assistência à comunidade e família deveria se constituir em modelo de papéis e conteúdos de ensino. Observam-se, entretanto, distorções entre o que se encontra na bibliografia, o que se ensina e o que se pratica. Frequentemente, questiona-se se este distanciamento possa ser atribuído, entre outros, pelo desvio de função dos ocupantes de cargos de enfermeiro, pela opressiva função administrativa, pela escassez dos recursos humanos, pela falta de dinamização da assistência à família.

Desse modo, já durante sua formação, o futuro enfermeiro encontra dificuldades em vivenciar parâmetros modelares para sua atuação e é induzido a reproduzir a situação dominante.

A observação constante destes fatos no cotidiano leva a indagar-se os enfermeiros das instituições públicas, responsáveis pela assistência da saúde da comunidade, prestam assistência direta à família ou dela se mantêm afastados pelos

ôbices administrativos ou outros.

Estas questões motivaram o presente estudo, que se ocupa de investigar a congruência existente entre o que propõe a bibliografia sobre atividades diretas de assistência à família no seu ambiente e a realidade destas atividades vivenciada pelos enfermeiros.

FREEMAN (1957) e ARCHER (1977) classificam as atividades do enfermeiro em três categorias: diretas, semi-diretas e indiretas. Atividades e ações que demandam significativo grau de complexidade no julgamento, perícia e habilidade na execução são reservadas ao enfermeiro. São as atividades e ações que o profissional executa pessoalmente (diretas). As ações e tarefas prescritas e supervisionadas pelo enfermeiro, mas executadas por outro indivíduo, segundo os Autores, são as classificadas como semi-diretas. Na terceira categoria, as atividades chamadas indiretas, têm como alvo a melhoria do sistema prestador do serviço de saúde. Nesta o cliente do enfermeiro é a instituição que ele administra, o sistema para o qual planeja, organiza e gerencia.

O estudo proposto visa explicitamente as atividades diretas, executadas pelo enfermeiro ao prestar assistência a família. Nesta pesquisa, através de uma investigação de campo na área assistencial, interroga-se sobre as atividades diretas de assistência à família executadas pelo enfermeiro, o que se espera, conduzirá a novas informações que contribuam para algum aperfeiçoamento do ensino e melhoria da qualidade da assistência.

3 ESCOPO DA PESQUISA

Especificamente, esta pesquisa procura descrever aspectos relevantes da atuação do profissional enfermeiro junto à família, no que tange a sua função assistencial nos órgãos públicos prestadores de assistência à saúde da população. Visa-se também levantar fatores facilitadores e restritivos para o desempenho das atividades diretas.

Para tanto, o escopo da pesquisa situa-se no âmbito das seguintes questões:

- Que atividades diretas de assistência à família o enfermeiro está executando no ambiente familiar?
- Que fatores impedem a prestação de assistência direta do enfermeiro à família?
- Que fatores facilitam a prestação de assistência direta do enfermeiro à família?
- Existe uma correlação entre os fatores impeditivos, facilitadores e a assistência direta prestada pelo enfermeiro à família?

Estas questões, ao mesmo tempo que correspondem aos propósitos explicitados, poderão reunir dados empíricos que eventualmente permitirão inferências quanto a sugestões alternativas para a assistência direta de enfermagem à família, tanto na prática como no ensino.

4 OBJETIVOS DA PESQUISA

Pretende-se com o presente trabalho atingir os seguintes objetivos:

1. Identificar, no *corpus* do estudo, qual o número de enfermeiros, que prestam assistência à família.
2. Identificar quais as atividades de assistência direta à família são executadas pelo enfermeiro.
3. Conhecer a frequência das atividades de assistência direta à família.
4. Conhecer os fatores facilitadores e/ou restritivos que influem na prestação da assistência direta do enfermeiro à família.
5. Analisar a correlação existente entre a assistência prestada à família e os fatores facilitadores e/ou restritivos.

Estes objetivos orientaram a metodologia do trabalho, determinando seu caráter de pesquisa de campo, os procedimentos para a coleta de dados e seu tratamento estatístico.

5 DEFINIÇÃO DE TERMOS

5.1 - Assistência de enfermagem

Conjunto de atividades e ações sistematizadas, mediante a utilização de métodos e processo de enfermagem, desempenhadas pelo enfermeiro e demais elementos da equipe na promoção, proteção, recuperação da saúde e levando o cliente ao autocuidado.

5.2 - Atitudes

"Uma organização relativamente duradoura de crenças e cognições acerca de um objeto ou situação, dotada de carga afetiva, que predispõe uma pessoa a responder de uma forma coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto".
(ROKEAD, apud RODRIGUES, 1986:343-5)

5.3 - Atividades

Conjunto de ações que guardam relação de interdependência, sugerindo uma operação sistematizada (processo) diri-

gido para a produção de resultados conforme padrões pré-estabelecidos e requerendo determinados recursos para sua produção. (ANDRADE, 1979)

5.4 - Atividade direta

Conjunto de ações e grupo de tarefas-unidades de ação, executadas pelo enfermeiro diretamente sobre o assistido de modo a prestar assistência num nível compatível com seu grau de dependência. (ARCHER, 1977)

5.5 - Atividade semi-direta

A interação cliente enfermeiro se efetua com a intermediação de outras pessoas, podendo ser familiar, organizações comunitárias ou assistenciais.

5.6 - Atividade indireta

Conjunto de ações executadas pelos enfermeiros que visam a melhoria do sistema de saúde, podendo ser ações que incidem sobre a própria instituição ou no aperfeiçoamento do pessoal (treinamento).

5.7 - Comunidade

"Grupo de pessoas e/ou elementos, delimitados por espaços geográficos, que interagem e apresentam

valores ou interesses comuns". (SOBREIRA, 1981: 16).

5.8 - Família

a) Definição conceitual:

"Em linguagem cotidiana, o vocábulo família costuma designar uma variedade de acontecimentos sociais significativos, como por exemplo um grupo social concreto com relação de parentesco entre si, o matrimônio, ou uma rede de relações interpessoais que permitem o indivíduo sentir-se bem ("em família")". CAMPOS (1985:147).

b) Definição operacional: para efeito deste trabalho consideramos família, de uma forma ampla, abrangente, hodierna, inserida em seu contexto cultural. Para este fim, é um grupo social que tem habitação comum, possuindo laços de relacionamento afetivo, social, muitas vezes biológicos e existindo uma interdependência.

5.9 - Função

É a atribuição ou conjunto de atividades e ações conferidas a uma categoria profissional e confiadas individualmente a determinados servidores e/ou empregados para cumprimento da finalidade da profissão ou instituição.

5.10 - Unidade assistencial

Estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência preventiva e curativa à uma população. Dependendo de seu porte e grau de complexidade resolutiva, poderão classificar-se em: centro de saúde, posto de saúde, unidade sanitária, posto de assistência médica e unidade mixta.

PARTE I
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

I A FAMÍLIA

Ao pensar-se a extensão da cobertura oferecida pelos serviços de saúde, está implícita a preocupação de utilizar adequadamente os recursos humanos de forma a tornar suas ações eficazes e com alto grau de rendimento. Nesse processo de prestação de assistência à saúde da comunidade, várias categorias profissionais estão envolvidas na realização de atividades e tarefas de cuidados primários de saúde.

As atividades, ações e tarefas de saúde propostas como forma de assistir a comunidade pertencem, na maioria, ao campo da enfermagem. Assim sendo, é de competência e de responsabilidade do enfermeiro prever o tipo e a qualidade da assistência de que a sociedade necessita. Ainda considerando as diversas categorias que compõem a enfermagem, este é o grupo mais importante de trabalhadores de saúde pelo seu número e pela proximidade que experimentam com as pessoas durante a prestação de cuidados. Por isso é fundamental que, ao introduzir o conceito de cuidados primários de saúde nas instituições, se tenha presente a relevância do enfermeiro desempenhando de forma global suas funções, com o único e fundamental

objetivo de participar das ações que promovem a "saúde para todos no Ano 2000".

Nesse programa-alvo dos cuidados primários, a família aparece naturalmente como a menor unidade social sobre a qual podem incidir as ações de saúde, com largo impacto sobre toda a comunidade.

Referindo-se à prestação da assistência feita pelo enfermeiro à família, PAIM (1980) mostra sua inquietude ante a possibilidade da renovada valorização atribuída à assistência da comunidade vir a empobrecer os cuidados à família. Segundo ela, esta nova política mal interpretada corre o risco de redundar em prejuízo da importância que continua tendo a enfermagem orientada para a família, como forma de atingir uma cobertura satisfatória da comunidade em todos os níveis de prevenção.

Isso significa um alerta no sentido de que a assistência à família é uma atividade altamente complexa, que exige do profissional de saúde conhecimentos, habilidades e atitudes, em relação ao grupo familiar, alicerçadas num sólido embasamento científico.

1.1 - O conceito de família

Considerando as áreas sociológica, jurídica, demográfica, antropológica, econômica, psicológica e de enfermagem, pode-se dizer que a bibliografia sobre problemas familiares é

vasta. No entanto, ao delimitar o assunto — Assistência direta do enfermeiro à família —, verifica-se que não há muitos trabalhos a respeito.

A importância da família pode ser constatada pelas diversas áreas do saber que dela se ocupam. Definir família, porém, não é uma tarefa fácil. Família transcende a concretude dos seres que a compõem, situando-se no plano do sentimento de família. LAING (1971) afirma que quanto mais se avança no estudo da família, mais difícil se torna defini-la.

A multiplicidade de combinações e composições que pode adotar o grupo familiar, faz com que cada disciplina ou indivíduo que dela se ocupe lhe atribua um significado coerente com suas vivências e valores. Todos os tipos de relações institucionais passíveis de serem incluídas neste termo não permitem que uma definição geral seja capaz de traduzi-lo, conforme adverte BEATTIE (1977).

Em sua obra *Do contrato social I*, ROUSSEAU (1762), afirma ser a família a "única sociedade natural", entendendo natural como "necessária", porque é decorrente da necessidade instintiva. Ainda na mesma obra, o Autor defende que os filhos devem permanecer presos aos pais enquanto necessitam cuidados para a própria conservação e, quando cessa tal necessidade, desfaz-se a ligação. Depreende-se da exposição que, para ROUSSEAU, a família origina-se do atendimento de funções biológicas (exercício da sexualidade e transmissão da vida humana) e de uma função protetora (segurança da prole contra os riscos

de vida).

BELTRÃO (1963), trazendo uma visão sociológica, descreve a família como

"um grupo social caracterizado por comum residência, colaboração econômica e reprodução. Inclui, pois, adultos de ambos os sexos, dos quais ao menos dois mantêm relações sexuais socialmente aprovadas, e um ou mais filhos próprios ou adotados, dos adultos que coabitam sexualmente".

Esta rápida descrição, mostra as variáveis sobre as quais se organiza o grupo familiar, entre as quais, no entender do Autor, deve estar presente a aprovação social. Esta preocupação com a aprovação social é coerente com o modelo de família que se propunha para a sociedade brasileira no século XIX.

Conforme SAMARA (1979), desde o período colonial, o sistema patriarcal era o modelo da família brasileira, embora estudos confirmem que uma parcela significativa de famílias era constituída sem recorrer ao matrimônio. Verdade é que arranjos deste tipo eram mais frequentes entre camadas mais baixas da população.

FONSECA (1974), utilizando trabalhos de BURGESS e LOUCK, conceitua família, apresentando de forma sintetizada suas características:

- 1) Grupo de pessoas que se encontram ligadas umas às outras por casamento, parentesco sanguíneo ou adoção.

- 2) Seus membros vivem sobre o mesmo teto.
- 3) É uma unidade de pessoas que se encontram num sistema de ligação mútua em relação de reciprocidade.

Como a família é um agrupamento de pessoas, o parentesco dentro dela tem caráter social. A esse respeito, LÉVI-STRAUSS (1969) observa que, para existir família, é necessário haver três tipos de relações constitutivas: relações de consangüinidade, ou seja, entre irmãos; relações de aliança entre marido e mulher; relações de filiação, entre pais e filhos.

LEAHYL e COBB (1966) conceituam família, dentro de um enfoque de saúde pública, como podendo ser um indivíduo que more só, um casal sem filhos, um casal com muitos descendentes e, inclusive, agrupamentos em que, além do casal e da prole, participem outros parentes que coabitem (avós, sogras, tias), além de agregados.

Em seu trabalho de censo demográfico, o IBGE (1986) utilizou o termo família para definir "conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco ou de dependência doméstica, que vivem no mesmo domicílio". Ainda é considerado como família todo o conjunto de no máximo cinco pessoas que vivam em domicílio particular. Vê-se que, para efeito daquele levantamento, o aspecto básico era a coabitação.

Esta abertura dada por um órgão público para o reconhecimento e aceitação de família organizada de forma não or-

todoxa tem respaldo no trabalho de TOFLER (1980), em que se relata a pesquisa de um psiquiatra americano o qual consegue discriminar oitenta e três tipos de arranjos familiares. Analisando as transformações por que tem passado a família à luz da evolução histórica, vê-se que esse grupo social tem sido profundamente atingido em sua estrutura. O ciclo da família tem sido acelerado num ritmo compatível com as mudanças sociais influenciadas pelos avanços tecnológicos. TOFLER prevê que, na era super-industrial em que se está entrando, muitas formas de constituir família coexistirão. O aspecto inquietante nas colocações do Autor não é o da busca de novos caminhos, mas o de como garantir o destino tranqüilo da família como um todo, considerando a prole. TOFLER (1977) parece admitir, porém, que, através dos tempos, a família sempre existirá, completa, incompleta, comunal, delegada, adotiva, ou sob qualquer outra forma que há de vir.

Ao adotar-se o enfoque grupal, como é uso na maioria dos autores, não se pode deixar de fazer menção à obra contestadora de COOPER (1986) que, ao analisar a família, a interpreta como um forte condicionante para tornar o homem dependente, uma vez que filtra a maioria das experiências individuais, esvaziando o sujeito de todo o ato espontâneo, genuinamente seu. O autor afirma que a "família" é uma abstração poderosa, destrutiva, inventada para substituir os deuses que não existem, porque os homens sempre precisam de deuses. Ele encara a família como um grupo social que reduz ao anonimato as pessoas que vivem nesta estrutura institucional, em que

disfarçados em grupamento amigável, 'cada pessoa real trabalha em cooperação com as outras pessoas reais" (p.9).

1.2 - Organização familiar

Freqüentemente se tem discutido, em nível acadêmico, os diversos tipos de organização familiar que podem ser encontrados. As críticas feitas nessas circunstâncias centralizam-se, no entanto, em valores, sentimentos, vivências, distantes da realidade da transformação da família e, portanto, incapazes de explicá-la.

A família, como a religião, é uma instituição humana que tem persistido através da história, o que é decorrente de sua capacidade de adaptar-se às mudanças sociais por que tem passado, como forma de conservar-se viva.

ARIÈS (1986), em seu estudo sobre família, fala da precariedade do tema nos registros anteriores ao século XIV, conforme trabalhos de antropólogos que se mostravam impressionados com sua raridade, quando não com sua ausência. Segundo o Autor, somente no final do século XV, e sobretudo no século XVI, começa a aparecer com freqüência o senhor da terra, representado na iconografia com a presença não só do casal, mas também da figura da criança, o que indicia o início da valorização da intimidade da vida familiar. Ele conclui que o sentimento de família, desconhecido na Idade Média, emerge nos séculos XVI-XVII e é inseparável do interesse pela infância.

Para o estudo da organização familiar atual, é preciso efetuar-se uma retrospectiva histórica da família nas duas linhas que apresenta a literatura sobre o assunto: a família patriarcal, predominante no Brasil Colônia, e a família conjugal solidária, de nossa época.

CAVENACCI (1985) faz uma análise do trabalho de MORGAN, *La societē antica*, 1970, em que se distinguem cinco formas diferentes e sucessivas de família, cada qual com uma vinculação matrimonial própria. Cada tipo de organização familiar é diferente do outro e ligado a condições sociais diversas:

- 1) A família consangüínea: onde o casamento acontecia entre irmãos e familiares carnais dentro de um mesmo grupo.
- 2) A família punaluana: que se fundamentava no casamento de vários irmãos, com as esposas dos outros, no interior de um grupo.
- 3) A família sindiásmica ou de casal: a que se constituía entre casais individuais, que permaneciam casados enquanto as partes desejassem, não havendo obrigação de coabitação exclusiva.
- 4) A família patriarcal: que tinha como característica o casamento de um só homem com diversas mulheres, o que determinava o isolamento das mulheres.
- 5) A família monogâmica: que se organiza através do casamento de pares individuais, com a obrigação de

coabitação exclusiva.

Segundo tal Autor, não se pode traçar, entre os diversos tipos de família, um limite bem definido, pois o que se verifica na verdade é que elas evoluem de um tipo para outro através de gradações, até a monogamia, que ainda se encontra em desenvolvimento.

Cada uma destas formas de organização familiar teve uma longa vida na história da humanidade, sendo que a primeira, a consanguínea, considerada em si mesma de pouca importância, desapareceu completamente.

BELTRÃO (1973) vê diversos tipos de organização familiar, dando destaque a três:

- 1) Família conjugal ou nuclear, que é composta pelo casal e sua respectiva prole, admitindo-se ainda que possam conviver com eles uma ou mais pessoas (sogros, domésticos, tios). O Autor identifica esta como fundamental e é praticamente o tipo mais encontrado na atualidade.
- 2) Família poligâmica, composta de dois ou mais núcleos conjugais, incluindo vários matrimônios e tendo um progenitor. Podem ocorrer dois subtipos, a *poliginia*, quando um só homem desempenha o papel de marido e pai em diversas famílias; a *polian-dria*, em que uma mulher tem funções de esposa e mãe em mais de uma família.

- 3) Família extensa, composta de duas ou mais famílias nucleares, formando um agrupamento único, que abrange a família nuclear do adulto casado e a de seus pais.

Das famílias extensas, a mais comum é a *patriarcal*, composta por um chefe de família, com uma ou mais mulheres e suas respectivas proles, casados ou não. Nesta, coexistem três gerações, morando sob o mesmo teto. Na concepção de ARIÈS (1986), esta família (composta de várias gerações ou grupos colaterais) existiu principalmente na imaginação de moralistas do século XV ou de sociólogos franceses do século XIX. Casos excepcionais aconteciam apenas em épocas de insegurança social.

MORGAN (apud CAVENACCI, 1981) tinha uma rígida concepção evolucionista do gênero humano. Esta evolução se processaria, conforme o Autor, em estágios sucessivos: estado selvagem, barbárie, civilização. Este método sucessório faz com que a tais estágios correspondam às famílias consanguíneas, punaluana, sindiásmica (da qual deriva a monogâmica). Esta sucessão de estágios seria, então, determinada pela multiplicação de proibições conjugais entre consanguíneos.

Assim, a família monogâmica seria resultante da lenta evolução dos estágios sucessivos por que passou a família. Sem entrar no exame da influência que sobre ela exerceram as transformações sociais e tecnológicas, a família monogâmica, que tem sua origem na sindiásmica, "baseia-se no poder do homem, com a finalidade precípua de procriar filhos de paternidade

inconteste", como consta na obra de ENGELS, *A origem da família, da propriedade privada e do estado* (apud CAVENACCI, 1981: 74-8).

Vários autores atestam que a família monogâmica, ao contrário do que poderia parecer, não foi fundada sobre o amor sexual entre duas pessoas, mas para garantir a preponderância do homem na família, procriação de filhos seguramente seus, destinados a serem herdeiros do seu nome e fortuna.

Tanto a família patriarcal como a monogâmica apresentam em comum a característica de garantir a propriedade e a supremacia masculina, porque a certeza de paternidade se reveste de um significado de direitos legais que regulam a transmissão do nome e bens.

Pela precisão da análise, merece referência BELTRÃO (1973), que afirma ser a família dependente do processo de desenvolvimento até no seu tipo de organização, haja visto a família nuclear, que é a mais freqüente nas sociedades industriais por ser "funcional", melhor se adaptando à motilidade que o operariado deve ter.

Assim sendo, o autor entende que a família "ideal" de hoje é construída com os seguintes elementos: urbana; nuclear; reduzida; conjugal; em que o início da relação do casal se dê em bases de afeto; em que a autoridade paterna dê lugar ao tratamento de camaradagem; e em que diminuam as diferenças dos papéis sexuais.

Das mudanças ocorridas na organização familiar, cons-

tata-se a existência de dois tipos de família no contexto atual: a família patriarcal, hierárquica, que se caracteriza como autocrática, autoritária, com o poder centralizado no chefe da família, geralmente o provedor econômico, e com a subordinação da mulher e dos filhos. O segundo tipo é a família democrática, igualitária, em que há igualdade entre o marido e mulher, onde as decisões são tomadas em consenso entre ambos e com a participação dos filhos. Homem e mulher se percebem como "diferentes pessoas", mas "iguais" porque indivíduos. A primeira espécie de família é referida como dominadora, opressora e a segunda estimula a trajetória individual, a criatividade, a autenticidade.

Verifica-se que, na classificação até aqui apresentada, enfatiza-se a família completa, em que estão presentes os genitores, porque, como cita CAVENACCI

"criar a vida é a única atividade humana que, para ser satisfeita, requer a presença de um partner" (1981:34).

Entretanto, se faz necessário considerar que a família, como sistema aberto, confronta-se com as mudanças ocorridas no seu meio e isto implica em conturbadoras mudanças na sua organização. Assim como a passagem da sociedade agrícola para a sociedade industrial forçou a família a passar do tipo patriarcal para o tipo nuclear por ser mais móvel, adaptando-se melhor às condições de vida urbana, a fase de superindustrialismo em que estamos ingressando tem determinado novas formas de arranjos familiares.

Como cita TOFFLER (1973 e 1980), a família hoje pode se apresentar "incompleta", com a presença de um só adulto e seus filhos, "agregada", na qual dois pares com filhos de ligações anteriores trazem seus filhos para uma nova forma de família "expandida". O Autor também contesta a afirmativa de que a família nuclear (típica da era industrial) esteja em desagregação, pois o que se assiste é o surgimento de novas formas de organização familiar, que, cumprindo suas funções, promovem o crescimento individual de seus componentes. Chama atenção para o próprio conceito de parentesco, que deve ser revisto, considerando o significativo número de famílias cuja prole é adotada e o impacto que a nova tecnologia da natalidade exerce sobre a família e a sociedade.

Estudos recentes atestam que o número de famílias incompletas pelos mais diversos motivos tem aumentado significativamente e em certas circunstâncias reconhece-se que, apesar dos problemas que possam advir, é melhor a incompletude do que uma família continuamente dilacerada por dissensões domésticas.

CORRÊA (1981), em seu artigo sobre a família brasileira, questiona o modelo conjugal moderno da época urbana, que reproduz o modelo canônico da família patriarcal rural. Sua denúncia é de que ambas as espécies fazem parte da imagem projetada apenas pelas classes dominantes de nossa sociedade. Esta visão falsificadora tem determinado que seja excluída das pesquisas a possibilidade de se investigarem as outras eventuais formas de organização familiar que existiram em toda a

história do Brasil.

SAMARA, ao fazer uma análise dos arranjos matrimoniais e respectivos critérios de seleção de cônjuges, afirma que

"o modelo genérico de família patriarcal, explorado por estudiosos como Gilberto Freyre e Oliveira Vianna, permaneceu tradicionalmente aceito pela historiografia como um exemplo válido para toda a sociedade brasileira, esquecidas as variações que ocorrem na estrutura da família em função do tempo, espaço e grupos sociais" (1981:17).

BARROSO e BRUSCHINI discutem o novo feminismo à luz da divisão entre o pessoal e o político. Apontam para a conexão entre estrutura familiar e estrutura da personalidade, analisando a família oficialmente reconhecida em nossa sociedade que tinha um chefe: o homem. Saliencia que, no entanto, em paralelo a essa família oficial brasileira, existiram outras formas de organização familiar, sem lhes ser concedido o status da família. As autoras constataam que

"a partir dos anos 70 a família incompleta, chefiada por mulheres, sai da semiclandestinidadade e conquista um lugar ao sol entre os estudos sociológicos" (1981:39-43).

Estudos feitos por BEVINIC e YOSSEF (apud BARROSO e BRUSCHINI, 1981:40) confirmam que

"25 a 33 por cento de todos os domicílios do mun-

do são chefiados por mulheres. Essas famílias constituem uma parte substancial das camadas mais pobres de todos os países, estando provavelmente no nível mais grave de miséria."

Além disso, MARRICK e SCMINK (Apud BARROSO e BRUSCHINI, 1981:39-43) informam que

"em 1970, 13 por cento das unidades domésticas eram chefiadas por mulheres no Brasil. Na zona urbana a percentagem é maior (15,7%) do que na zona rural (9,2%)."

No Rio Grande do Sul, no ano de 1980, usando as informações do Censo Demográfico de famílias e domicílios do IBGE, 14,98 por cento das famílias eram chefiadas por mulheres.

~~X~~ Percebe-se, portanto, que, nas formas de organização familiar contemporâneas, a tendência é a desarticulação dos modelos estáveis, com uma tendência, ainda incipiente, à família centrada na mulher e não no homem, sem no entanto perder o elemento caracterizador desde suas origens que é a ajuda mútua.

1.3 - Funções da família

Existe uma interdependência indissolúvel entre organização e funções da família. A alteração de uma acarreta necessariamente a mudança das outras. Como forma de fazer frente às mudanças macrossociais, a família tem adaptado sua es-

trutura e funções ao contexto em que vive.

Assim, confrontando a família da velha sociedade com a da sociedade hodierna, vê-se que nem todas as funções são coincidentes.

No *Dicionário de sociologia*, de Fernandes Azevedo, consta:

"...Entre as funções atribuídas à família, todas variam, menos a biológica de perpetuar o grupo. Todavia, na grande maioria dos casos, a família desempenha funções educativas no sentido de transmitir considerável parte da cultura social à geração nova. As demais funções variam consideravelmente."

A família antiga tinha como pressuposto básico de suas funções a conservação de bens, a prática comum de um ofício, a ajuda mútua num mundo em que não se podia viver isolado, bem como a proteção da vida e da honra. Não fazia parte de suas funções a satisfação afetiva. Como afirma ARIËS (1986), o sentimento afetivo dentro da família "não era necessário à sua existência, nem ao equilíbrio da família daquela época". Ela não tinha, então, função afetiva. Isto não quer dizer que o amor não estivesse presente na família — se existisse, tanto melhor.

Com objetividade, DIAS (1981) realizou uma análise da família do trabalhador durante o colonato da cafeicultura no Brasil. Ele considera, em seu estudo, a relação de trabalho que se estabelece entre o colono e o dono da terra e a influên-

cia sobre a vida familiar. A remuneração era estabelecida pela produção: no trato pelo número de pés de cafês sob os cuidados de uma família e na colheita pela quantidade de café colhido. A subsistência da família era garantida pelo cultivo de cereais em terras intercaladas dos cafezais, para seu próprio uso e venda do excedente.

O ponto crucial desse sistema estava em que apenas o chefe do grupo familiar era considerado colono, respondendo pelo contrato de trabalho com o fazendeiro e colocando-se como responsável pelo trabalho dos membros da família. Assim, como a remuneração era por produção, a família assumia uma função básica de reprodução de força de trabalho, uma vez que as crianças, desde tenra idade, eram inseridas na lida da roça.

Também é citado como escopo da ação familiar a "proteção e o adestramento da criança para o cuidado dos velhos e dos doentes". O modo e a extensão desse adestramento e cuidados podem variar consideravelmente, mas as funções básicas sempre existiram, é uma constante.

"Em toda e qualquer sociedade, a família tem sido a instituição fundamental para a transmissão daquelas maneiras típicas de viver que os antropólogos denominam cultura" (BELTRÃO, 1973:17-29).

A partir dessa bipartição funcional em modos de preservação da espécie e cultura, o mesmo Autor especifica as outras funções familiares, dividindo-as em dois grandes grupos:

1. Funções institucionais: biológicas; econômicas; estratificadas, protetoras; culturais; integrativas.
2. Funções pessoais: conjugal; parenteral; fraternal.

Tendo por base estas funções que caracterizam a família, percebe-se que elas se manifestam de forma mais ou menos intensa, de acordo com o período em que se encontra o grupo dentro do seu ciclo evolutivo.

FREEMAN (1957-1971), ARCHER (1977) e CAMPOS (1985), vêm a família funcional como um organismo vivo da sociedade. A exemplo do indivíduo, identificam nela seu próprio ciclo de desenvolvimento, passando por etapas. Os fatores biológicos e psicosociais dão os elementos que determinam a divisão da vida familiar em 4 etapas: formação (início da vida em comum do casal); expansão (nascimento e crescimento dos filhos); consolidação ou madura (filhos adolescentes, idade média); dissolução (saída da prole, aposentadoria, viuvez morte dos membros restantes). A falta de evolução apropriada e conduta compatível com o estágio em que se encontra a família, pode exercer profundas influências na saúde do grupo e dos indivíduos, demandando daí a necessidade do enfermeiro identificar em que fase se encontra a família.

Constata-se pois, relativa ênfase em funções distintas e vitais conforme a fase do ciclo: sexual, reprodutiva, educativa, econômica, protetora. Tais afirmativas são pertinentes à família nuclear completa, em fase de expansão. Então, o mais comum, é encontrar-se na bibliografia, referências a fun-

ções que se adequem a famílias em fase inicial do seu ciclo de vida.

Ao longo da história da humanidade, pode-se constatar que as funções da família têm sido influenciadas pelo tempo e espaço em que estão inseridas. Dentre as funções institucionais, as culturais e integrativas, que são as que transmitem conceitos e valores sociais e atribuem *status*, na sociedade moderna não são entregues exclusivamente à família. Com a aceleração do processo educativo, hoje a família raramente representa o único instrumento destas funções, conforme MITCHELL, (Apud CAVENACCI, 1986).

Ainda no trabalho de ARIÈS (1986), quando este analisa a evolução da família medieval à família moderna, fica claro que a função educativa até o século XII acontecia quase que exclusivamente no seio familiar, onde era transmitida a bagagem de conhecimento, de valor humano e as experiências práticas. As atividades diárias de uma família, o serviço doméstico eram o próprio processo de aprendizagem, como uma forma comum de educação. O Autor cita que textos do século XV dão uma idéia sugestiva de que pelo menos na Inglaterra, a partir dos sete ou nove anos, as crianças eram colocadas em casa de outras famílias para fazerem os serviços por um período longo, de mais de sete anos, e eram chamadas de aprendizes. O que se tem visto é que a função educativa, no decurso da história, tem cada vez mais saído da responsabilidade da família e passado para o Estado.

Quanto a função de proteção à infância, ARIES (1986) cita diversos autores que atestam que, à medida que a humanidade avança em sua história, a criança tem crescido em importância dentro da família, determinando que o sentimento de família aflorasse. É por demais conhecida a prática corrente que existiu até a Idade Moderna da amamentação ser feita por amas mercenárias, o que, nas classes abastadas, ocorria no próprio domicílio e nas demais, no domicílio das amas, deslocando a criança do seu lar. Há que considerar ainda que a amamentação naquela época, era praticada por período que podia se estender por até dois anos, o que afastava o infante dos pais por longo tempo. Quando o estado burguês resolveu diminuir a mortalidade infantil causada por essa prática, entroniza-se então a mãe como a rainha do lar e passa-se a conferir maior atenção aos laços afetivos internos do grupo.

Observa-se, pois, que a família adapta sua organização e suas funções ao tempo histórico. Esta reformulação, que tem determinado novos modelos de famílias, ao reduzir o número de componentes tornou o grupo mais importante qualitativamente na atual sociedade.

FREEMAN (1971) entende que, embora a família seja virtualmente um fenômeno universal, a maneira como ela se organiza e cumpre às funções que lhe são atribuídas, varia segundo o momento e o lugar. Segundo ela, a diferenciação de papéis dos genitores diminui quando passam da área rural para a urbana e à medida que ascendem na escala social.

Ainda para a mesma Autora, a família tem funções próprias na área da saúde familiar, que podem assim ser resumidas:

1) É a família que administra os conceitos de saúde/doença, e assim sendo, é ela quem identifica os desvios de normalidade.

2) O foco de decisões sobre assuntos de saúde está dentro da família, o que faz com que a decisão de procurar ou não serviços para ações preventivas ou curativas seja de sua competência.

3) As crises por que passa toda a família devem ser enfrentadas eficazmente, porque do contrário elas geram grande tensão sobre o grupo e seus membros.

4) É função da família prestar assistência a seus membros doentes, incapazes e dependentes.

5) A família propicia um ambiente físico, social e afetivo que contribui para conservar a saúde e o desenvolvimento pessoal.

6) Igualmente é função da família manter uma relação de reciprocidade com sua comunidade e com os estabelecimentos de saúde.

Entende-se assim, que a família, vivendo as fases de seu ciclo de vida, adapta-se as condições do tempo e lugar em que vive, reformulando sua estrutura e cumprindo as funções

que lhes são próprias, ainda que muitas vezes estas requeiram a participação de outros recursos.

1.4 - Necessidades da família

As transformações sofridas pela família no quadro do desenvolvimento social global têm levado à reformulação também de suas necessidades.

ARIÈS (1986) comenta que, à medida que a família foi adquirindo um sentimento de família, foi se recolhendo da vida exterior, pública, para uma vida mais fechada em si mesma. A vida no passado, até o século XVII, era vivida em público. A densidade social e sociabilidade não deixavam lugar à família. Argumenta o Autor que este sentimento é resultante, e também determinante, de uma esfera de relações privadas, para o que a intimidade é necessária. Para ADORNO e HORKHEIMER *Sociologie*, 1977 (apud CAVENACCI, 1986:210-23) é "precisamente a intimidade que é decisiva para definir a família", o que não era conhecido no mundo antigo.

LUHSUN (apud CAVENACCI, 1986:119-29), ao propor a reforma de família chinesa, vê como necessidade "um amor libertado das relações de troca", que deve atender três requisitos básicos: compreensão; capacidade de se conduzir nas mudanças, porque a vida evolui; e libertação, para que as pessoas pertençam inteiramente a si mesmas e se tornem independentes. Ele entende que só assim a família poderá ser um pouco mais lúcida e inteligente,

"capaz de compreender que a vida em família, particularmente de marido e mulher, significa ser camaradas, trabalhar juntos e criar novas vidas".

Analisando o artigo de FONSECA (1974) sobre necessidades básicas da família atual no mundo ocidental, constata-se que os desafios que a família enfrenta situam-se em duas áreas: necessidades de sobrevivência e necessidades de desenvolvimento. Na primeira área, estariam aquelas necessidades que, segundo REGEANIN (1978) se não atendidas, "tornam a existência perigosa ou impossível". Já na segunda área estariam as que se referem à auto-realização pessoal e familiar.

Dentro das necessidades de sobrevivência, incluem-se as mais elementares do ser humano: alimentação, habitação, saúde e recursos econômicos. Nas necessidades de desenvolvimento, se classificariam as de: educação, segurança e estabilidade emocional.

Começando pela necessidade de *habitação*, é de se reconhecer que esta tem crescido em importância, pois corresponde a uma necessidade de privacidade e intimidade na família. ARIÈS (1986) traz farta documentação em que aparecem, do século XIII ao final do século XV, modificações nas plantas físicas das casas, fazendo-se notar o espaço reservado para a família. O reconhecimento da importância da criança, o despertar do sentimento de família, conduziram o grupo familiar para o recolhimento, longe dos intrusos, permitindo a intimidade necessária. A afirmação de que toda a família deve ter sua própria casa transcende ao problema do abrigo de intempéries

e segurança social. A disponibilidade de uma área própria, reservada, é fundamental na formação da imagem de família. Como afirma ARIËS (1986)

"os progressos do sentimento de família seguem os progressos da vida privada, da intimidade doméstica. O sentimento de família não se desenvolve quando a casa está muito aberta para o exterior; ele exige um mínimo de segredo".

Ao analisar o aspecto das necessidades de alimentação, FONSECA se detém sobre o déficit de proteínas animais na alimentação popular, a desnutrição infantil, o peso da aquisição da proteína animal no orçamento doméstico do trabalhador americano e o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição. Deve ser lembrado que a espécie humana, do ponto de vista nutricional, é uma espécie biológica exigente, frágil, que só sobrevive se lhe forem propiciadas condições adequadas do ponto de vista alimentar. A sobrevivência e a qualidade de vida do homem está seriamente comprometida se lhe falta, em qualquer fase, o aporte nutricional compatível com as necessidades do momento biológico em que se encontra. A desnutrição e a superalimentação têm graves conseqüências mentais, reduzem a produtividade, encurtam o tempo de vida e ceifam vidas que se iniciam. O que tem de ser considerado num programa de alimentação, é que ele deve ser abrangente, no sentido de que as famílias disponham de recursos suficientes para suprir estas necessidades e que também se consiga inverter o quadro que a história tem mostrado, de que à medida que avança a tecnologia da produção de alimentos, estes se afastam da mesa da família.

Ao comentar as necessidades de *saúde* da família, o mesmo Autor enfatiza o abastecimento d'água, rede de esgoto, urbanização mal orientada e o advento de infecções, dentre as quais dá destaque à diarreia infantil, principalmente na classe social menos favorecida. Cumpre considerar que a saúde é algo abstrato, que, não pertencendo unicamente ao mundo interno do indivíduo, faz parte do seu ser, mas também está no ambiente em que vive. Por esta razão, a saúde não pode ser entendida de um ponto de vista exclusivamente técnico, mensurável quantitativamente pela ausência, mas como resultado de uma cadeia de acontecimentos nos diferentes momentos da vida, ocorridos no ambiente em que vive a família. Deve-se levar em conta que a saúde é resultante da existência, suficiência e eficiência dos mecanismos de adaptação da família às alterações que se processam dentro do próprio grupo e deste no seu ambiente macrossocial.

FONSECA lembra, ainda, que os recursos econômicos são, sem sombra de dúvida, um dos fatores que estão na raiz dos problemas de muitas famílias. A própria estabilidade emocional da família fica muitas vezes comprometida pela insuficiência ou falta de recursos econômicos para atender suas necessidades básicas como alimentação, moradia, etc. O *déficit* econômico constitui talvez a maior dificuldade que hoje enfrenta a família brasileira, porque não pode ser solucionado no seu interior, uma vez que está completamente vinculado a aspectos sociais.

Ao realizar uma breve análise da *educação* no Brasil, à época do artigo, FONSECA cita como população objeto de preo-

cupação, por inacessível aos planos governamentais de educação, as donas de casa de famílias pobres. Ele afirma que estariam sendo feitos investimentos em mães cujos filhos foram hospitalizados, oportunizando-lhes informações sobre higiene pessoal, nutrição, etc. Esta preocupação é procedente, considerando-se que estas donas de casas são responsáveis pelo cuidado e educação de gerações futuras. No entanto, as estratégias propostas para solucionar o problema educacional e suas conseqüências parecem tímidas, porquanto não tocam o cerne da questão. As necessidades de educação que apresenta a família, de forma global, são no sentido do preparo para a vida, onde estão incluídos desde a transmissão de conhecimentos e valores até a formação de um repertório que capacite seus membros a almejarem, buscarem e conseguirem uma melhor qualidade de vida. Isso significa uma educação onde a competência intelectual e técnica e os valores morais sejam considerados de forma igualitária.

Ao discorrer sobre *segurança e estabilidade emocional*, o mesmo Autor faz referência à nova organização adotada pela família para se adaptar ao momento social. Para esse Autor, a passagem de muitas funções familiares para instituições, os compromissos extradomiciliares dos seus membros, fazem com que a família tenha pequeno convívio, enfraquecendo-se assim aquela solidariedade que lhe deve ser própria. Mais relevante, no entanto, é o regime político em que vive a família, podendo este gerar um clima social de segurança e estabilidade. Parece oportuno trazer ao assunto a contribuição de

TOFFLER (1973 e 1980), quando considera que é cada vez mais difícil, numa sociedade em que estão presentes a transitoriedade, novidade e diversidade, manter um inter-relacionamento estável e seguro. Apesar das controvérsias, vale lembrar, também, a estreita relação existente entre família e a constituição das instâncias psíquicas do Id, Ego e Super-Ego. A violência e o poder encarnados nas autoridades e a submissão e docilidade das massas são abordados por FROMM (1969), quando estuda o papel da família na formação do Super-Ego, como representante psicológico da sociedade.

Segundo FREEMAN (1957), as necessidades em matéria de *saúde* podem ter sua origem em quatro vertentes: condições de sanidade da própria família e seus integrantes; condições do meio ambiente; o nível sócio-cultural da família e aspectos comportamentais que a caracterizam.

Estes fatores, delineados por FREEMAN, demonstram que, em algumas situações, a família pode apresentar necessidades decorrentes do seu nível de saúde como grupo ou de um dos seus membros, como por exemplo quando um familiar está enfermo. Também as necessidades são alteradas em função de estados fisiológicos, ainda que na ausência de doenças, como é o caso de famílias com uma gestante, um recém-nascido ou idosos, em que toda a dinâmica familiar tem novas características. As doenças contagiosas e as doenças crônicas também geram necessidades especiais.

Algumas necessidades têm sua origem no meio ambiente

em que vive a família. O fato de viver no meio rural ou urbano, as condições de saneamento, o próprio ambiente doméstico, as disponibilidades ambientais para atender necessidades, pessoais e sociais podem originar necessidades diferenciadas.

Igualmente o ambiente cultural e as forças sociais criam tensões e exercem profundas influências sobre a família, podendo levá-la a apresentar uma nova gama de necessidades.

FREEMAN (1971) lembra que as famílias podem apresentar necessidades decorrentes da personalidade dos indivíduos que as compõem ou da família como grupo que inter-atua. Ela apresenta alguns setores que podem produzir diferentes necessidades:

- 1) Competência intelectual
- 2) Atitudes frente à atenção à saúde
- 3) Grau de segurança pessoal e emocional
- 4) Competência para fazer frente a seus problemas
- 5) Tipo de experiências e conhecimentos em relação a assistência à saúde

Ainda segundo a mesma autora, as necessidades de uma família são determinadas pelos transtornos sociais e de saúde que ela sofre. De acordo com as alterações sociais e de saúde que apresenta, a família pode ser considerada como vulnerável e classificada numa das seguintes categorias:

- 1) Família muito pobre;
- 2) Família de problemas múltiplos e propensa a crises;

- 3) Família incompleta;
- 4) Família jovem, cuja mãe tem atividade extra-lar;
- 5) Família migratória;
- 6) Família com risco genético;
- 7) Família com dinâmica imprópria.

Para FREEMAN, a família, dentro de suas restrições e de seu mundo, desenvolve seu próprio conjunto de valores, condutas e estilos de vida. A Autora entende que a família sadia é aquela que consegue encontrar um equilíbrio natural das necessidades individuais e do grupo, de forma que os membros se afirmem de tal modo que permita o desenvolvimento e crescimento de cada um e do grupo.

2 ENFERMAGEM NA FAMÍLIA

2.1 - Considerações preliminares

Partindo das contribuições de FREEMAN (1957 e 1971), NOGUEIRA (1977), COSTA (1977) e ARCHER (1977), sobre assistência de enfermagem à família, pode-se estabelecer qual deveria ser o papel do enfermeiro junto a esse grupo social, de modo a sintetizar um esquema conceitual sobre o tema.

COOMBS (1984), descreve o enfermeiro que presta assistência centrada na família como

"talvez, em muitas ocasiões, a única janela através da qual a família possa ver o mundo".

Essa característica encontra apoio na história da enfermagem domiciliar, que se inicia com Florence Nightingale, em 1857, na Inglaterra, ao fundar a primeira escola de enfermagem e ao emprestar grande ênfase ao preparo de enfermeiros para visitas domiciliares.

Em 1932, a Organização Nacional de Enfermeiras Americanas de Saúde Pública declara que o trabalho relativo à saúde da família constitui a base sobre a qual se assenta to-

do o trabalho de enfermagem, pensamento do qual compartilha FREEMAN (1957, 1971).

A enfermagem científica no Brasil teve seu início na década de 20, sob orientação de enfermeiras visitadoras americanas que, é bem verdade, tinham como objetivo o cuidado a pacientes tuberculosos e leprosos.

Considerando o histórico da enfermagem, pode-se dizer que teve suas origens na família, nos cuidados dispensados pela mãe à sua prole. Assim também a enfermagem científica, desde seu início, adotou a família como unidade de serviço, vendo-a como um todo em todo o seu ciclo de vida, em todos eventos que fazem parte da vida.

Em 1974, a Comissão de Peritos em Enfermagem e Saúde da Comunidade da OMS, formulou a seguinte declaração que apresenta seu consenso:

"Os serviços de enfermagem orientados para a saúde da família se baseiam na concepção desta como unidade e têm por objetivo atender as necessidades e preocupações da família em matéria de saúde, encorajando-a a utilizar seus próprios recursos, humanos e materiais, e definindo a maneira ideal de utilizar os serviços de saúde disponíveis" (apud PAIM, 1980:94-5).

FREEMAN (1971) considera várias razões para escolher a família como centro das ações de enfermagem de saúde pública. Para esta Autora, a família é a unidade natural e fundamental da sociedade, cujos marcos mais importantes do seu ci-

clo, são os mistérios universais do nascimento, sexo e morte. A experiência grupal de família, a interdependência, a intimidade determinam que ela tenha uma dinâmica própria, para satisfazer necessidades e solucionar problemas. Como grupo, a família tem seu próprio nível funcional, que vai influir no seu nível de saúde.

A Autora também atribui muitos dos problemas de saúde da família à sua conduta, à forma de seus relacionamentos. Ela entende que a família pode originar, prevenir, tolerar ou corrigir problemas. O grau de confiança compartilhado, o acordo firmado dentro do grupo, seus segredos e seus mitos, muitas vezes facilitam, prolongam ou impedem o tratamento de seus membros. FREEMAN afirma que é a família em conjunto (muitas vezes num acordo mudo), mais do que um indivíduo isolado, que consegue e desenvolve energia suficiente para alcançar seus objetivos em termos de saúde.

Ao fazer uma breve análise da saúde familiar, ela considera que os problemas de saúde são interdependentes, isto é, a saúde de um integrante é resultante determinada pelo grupo familiar. Da mesma forma, tudo o que acontece a um dos integrantes, repercute de alguma forma sobre todos. Particularmente, a saúde mental tem influência notável sobre a saúde do grupo e de cada um.

A ação recíproca, existente dentro do grupo familiar, reforçando, contestando, modificando valores e atitudes, faz com que o ambiente possua uma força de decisão importante para conservar ou modificar condutas. O ambiente familiar é o

lugar onde mais frequentemente se tomam decisões e acontecem as ações de saúde. Para FREEMAN, na maior parte dos casos, não é o indivíduo, nem o profissional, mas a unidade familiar que decide solicitar ou não atenção de saúde. Neste sentido, ROBINSON e THORNES (1984), analisando o papel da "interferência" familiar na assistência a um dos membros, atribui a qualidade da mesma, não como resultante das condições de saúde do familiar, mas sim das vivências anteriores da família com profissionais ou instituições de saúde. Deve-se ter presente que é o grupo familiar que dispensa a maior parte de cuidados à saúde. Assim, sua capacidade para identificar desvios de normalidade, tomar decisões acertadas e prestar cuidados adequados, deve ser fator de atenção do enfermeiro da comunidade.

Como última razão para a família ser uma unidade de serviço, FREEMAN aponta para o fato de que este grupo constitui um veículo eficaz e pronto para grande parte das atividades do enfermeiro de comunidade. Ao trabalhar com a família está se atingindo um grupo maior de pessoas, cumprindo assim um dos objetivos básicos da saúde pública que é o aumento de cobertura. Ela ainda lembra que ao assistir a família como um todo, no seu ambiente, o enfermeiro tem oportunidade de desenvolver uma relação estreita, duradoura, humana, capaz de proporcionar confiança, que oportunize a troca de informações que leva ao crescimento familiar.

Acresce-se a proposta de TAPIA (1972), segundo a qual a assistência de enfermagem é determinada pelo nível de competência com que a família cumpre suas funções. A Autora clas-

sifica as famílias, segundo esse critério, em cinco níveis. No nível I está a família do mais baixo nível funcional e no nível V, a família ideal, de plena maturidade e melhor nível de funcionamento. Para a Autora, a família com menor nível de competência necessitaria receber maior intervenção de enfermagem e esta seria progressivamente inversa, na medida em que a família fosse crescendo em capacidade de cumprir suas funções.

Esta posição se harmoniza com o de FREEMAN (1971), para a qual conhecer o nível de atividade geral da família, suas razões, experiências e sentimentos, constitui uma das preocupações centrais do enfermeiro se ele deseja ajudá-la a encontrar a autodeterminação no cumprimento de suas funções.

Refere ARCHER (1977:31):

"...a família mesma é um sub-sistema do meio em que vive. Como tal, a família e o meio não somente intercambiam bens e serviços, como também são interdependentes".

A Autora vê o sistema familiar comprometido com seus objetivos e metas, que podem ser interrompidos, alterados ou anulados por fatores externos ou internos. Esses fatores, por sua vez, podem repercutir sobre o meio social em que ela vive. Vê-se do exposto por Archer, que o fato da família pertencer a um corpo social interatuante, justifica que ela seja eleita como unidade de serviço.

MAC DOWELL (1983), descreve um tipo de serviço de assistência de enfermagem centrado na família que tem como pres-

suposto o fato de que é no ambiente familiar que se protege ou originam muitos dos problemas de saúde de uma comunidade.

COSTA e outros (1986), em seu artigo sobre participação do enfermeiro na saúde familiar, apoiaram-se nas razões expostas por FREEMAN para escolher este grupo como unidade de serviço.

ADAMI (1976) julga incipiente a assistência domiciliar em nosso meio e afirma que esta é feita como extensão da assistência hospitalar com o objetivo de assistir clientes com dano.

De forma esparsa e tímida, encontram-se alguns trabalhos que relatam experiências de serviços as quais se preocupam com a assistência à família, ora dando mais ênfase ao indivíduo (pacientes crônicos ou em fase final), ora dando mais atenção ao binômio mãe-criança.

LAGERGREN (1986), ao fazer uma análise do plano de saúde da Suécia para o ano 2000, apresenta a política governamental cuja preocupação é aumentar as ações de promoção e proteção, dedicando maior proporção de recursos para a atenção primária com a meta de redução de 11% dos leitos hospitalares. Considerando os resultados obtidos até agora, e o incremento esperado na assistência à família, o governo sueco determinou um redimensionamento no quadro de pessoal: tendo como base o ano 1983, os enfermeiros, que representavam 21% do efetivo, passarão para 25%, enquanto os auxiliares, que representavam 49% passarão para 45%.

COOMBS (1984) relata uma pesquisa da aplicação do processo de enfermagem centrado na família no estado de Nova Gales do Sul, na Austrália, e o que mais chama atenção é que, para atender 15.730 pessoas em seu ambiente familiar, dispunha-se de 220 enfermeiras e 10 auxiliares, o que permitiu fazer um total de 455.158 visitas domiciliares no período de dois anos.

RON (1986), analisando a transferência de recursos para assistência à saúde em Israel na última década, mostra a importância que tem sido dada à assistência da enfermagem à família no domicílio, como forma de reduzir o custo, preservar a integridade do cliente e aproveitar ao máximo os recursos tecnológicos sofisticados.

Por sua vez, ADAMI (1978) comenta algumas experiências da atuação do pessoal de enfermagem na prestação da assistência à saúde em países desenvolvidos como o Canadá e em outros subdesenvolvidos como os da América Central e Latina. O ponto que merece referência é que o enfermeiro executa, como atividades extra-muro, o controle e acompanhamento da gestante normal e a criança sadia, bem como o controle dos doentes crônicos em seu ambiente.

Ainda segundo a Autora, na Venezuela, os programas de assistência em ações básicas de saúde são implementados somente em áreas que contem com uma infra-estrutura mínima, a qual resguarde o adequado desenvolvimento do programa.

Ao comentar as experiências do gênero no Brasil, ADAMI cita os trabalhos da Fundação do Serviço Especial de Saúde

Pública, que inicialmente operava em zonas rurais e pequenos núcleos populacionais e tinha como objetivo o controle da tuberculose. A partir de 1958, a FSESP iniciou uma experiência em que suas ações eram dirigidas tanto aos doentes, quanto aos aparentemente sadios. O atendimento de enfermagem passou a ser feito nos domicílios para acompanhamento e assistência a gestantes e crianças, constituindo um trabalho incipiente de cuidados ao grupo familiar.

2.2 - Assistência direta do enfermeiro à família

Tanto ao enfermeiro que presta assistência à família, como a qualquer indivíduo que ocupa determinada posição no contexto social, atribui-se um conjunto de funções e atividades que ele deve desempenhar dentro do sistema, conjunto esse que define seu papel.

Cumprindo a finalidade da profissão no campo da assistência comunitária, o enfermeiro exerce funções que, genericamente, podem ser divididas do seguinte modo:

- 1) Administrativas;
- 2) Assistenciais;
- 3) De ensino;
- 4) De pesquisa.

No que diz respeito à função assistencial do enfermeiro junto a família, cumpre ver que, na divisão de trabalho, existem atividades e ações que não são delegáveis pela sua

complexidade. São elas que, no conjunto, ajudam a garantir a exclusividade da função ao profissional e definir seu papel na sociedade.

ANDRADE (1979:8-12), considera atividade

"um conjunto de ações combinadas qualitativa e quantitativamente dentro do critério de eficiência, realizadas por pessoal qualificado em seqüência lógica e funcional, de modo a constituir uma unidade de ação completa com características requeridas para o alcance do objetivo esperado. Cada atividade compreende um grupo de tarefas-unidades de ação, e um grupo de atividades constitui uma forma de cumprir a função".

Considerando o proposto por FREEMAN (1971) e ARCHER (1977), para os efeitos deste trabalho foram consideradas apenas as atividades que o enfermeiro exerce diretamente junto a família.

Ao prestar assistência direta à família, o enfermeiro executa uma série de atividades e ações que atendem os diversos níveis de prevenção; identificando e avaliando necessidades de saúde da família; intervindo no processo de promoção, proteção e recuperação da saúde; levando o grupo ao desenvolvimento de um raciocínio crítico que promova a auto-suficiência nas suas necessidades.

É fundamental considerar que a

"atuação do enfermeiro não se limita de modo algum a utilizar a família como recurso para a a-

tenção de saúde, e sim compreende proporcionar um apoio de caráter geral para o seu pleno desenvolvimento", conforme afirma FREEMAN (1971:).

É nesse sentido que se pode entender o papel de complementariedade do enfermeiro, quando os problemas de saúde são demasiado grandes para a família enfrentá-los sozinha.

A mesma Autora ainda propõe que, ao prestar assistência à família, o enfermeiro adote como marco o conjunto de funções familiares e sua capacidade de atendê-las.

Além disso, FREEMAN (1957) diz que a abordagem do trabalho com a família como grupo representa uma técnica para prevenir e resolver problemas em suas bases. Implica, pelo envolvimento que isto requer, a participação e compromisso de todos na busca de melhor qualidade de vida.

Ainda FREEMAN descreve alguns dos objetivos da assistência de enfermagem à família. Refletindo-se sobre o proposto por ela e as classes de atividades apresentadas por ARCHER (1977), pode-se dizer então que as duas convergem para que o enfermeiro, ao cumprir suas funções, ajude a família a crescer e chegar ao mais alto grau possível de autodeterminação.

Para tanto, o enfermeiro desempenha um papel importante, ajudando a família a identificar e avaliar seus próprios problemas, seu potencial e recursos disponíveis.

FREEMAN (1957), aponta, na assistência de enfermagem à família, os seguintes objetivos:

- 1) Proporcionar à família os serviços de enfermagem que esta necessita e que não é capaz de obter por seus próprios meios;
- 2) Levar a família ao desenvolvimento da consciência crítica para que possa compreender e enfrentar seus próprios problemas;
- 3) Oportunizar à família experiências relacionadas com saúde, como forma de desenvolvimento familiar e pessoal;
- 4) Estimular o uso total e inteligente dos recursos sociais e de saúde de que dispõe a família;
- 5) Instrumentalizar a família para o uso dos recursos assistenciais, proporcionando-lhe informações e animando-a para que os utilize inteligentemente.

NOGUEIRA (1977), dando ênfase à família como unidade de serviço, descreve a metodologia que deve ser utilizada para prestar assistência a esse grupo. O enfoque da Autora é a aplicação do processo de enfermagem, utilizando a metodologia científica. Ela propõe que o enfermeiro utilize seus conhecimentos, habilidades e atitudes para cumprir todas as fases do processo que, numa síntese, pode ser assim apresentado:

- 1) Histórico de enfermagem:
 - Levantamento e registro de informações da família, nos aspectos biopsicossocial, condições ambientais e recursos disponíveis.

- 2) Diagnóstico de enfermagem:
 - Identificação de problemas e necessidades.
 - Avaliação do grau de dependência.
 - Prognóstico.
 - Proposta de alternativas de solução.

- 3) Planejamento da assistência:
 - Seleção das alternativas.
 - Seleção de prioridades.
 - Determinação de objetivos e metas.
 - Seleção de métodos de trabalho e recursos a serem usados.
 - Definição de atividades e ações.
 - Definição de meios de acompanhamento.

- 4) Implementação do plano:
 - Prestação da assistência, executando e delegando tarefas.
 - Acompanhamento com o fim de avaliar a evolução e ajustar o plano às novas condições da família.

Não há diferença maior entre o processo usado no trabalho com famílias e o usado no trabalho com clientes individuais. A diferença que se encontra é no de objetivo de atenção do enfermeiro: quando a atenção é centrada na família, o enfermeiro alarga o horizonte de sua prática. Ao trabalhar com a família, o processo da enfermagem é utilizado em dois níveis: individual e familiar. Embora a família seja uma unidade, é importante que se trabalhe com os dois níveis. No dizer de ARCHER (1977), a família deve ser trabalhada como um sis-

tema, cujas partes, são interdependentes.

São bastante significativos, pela origem e período em que foram elaborados, as funções, padrões e qualificações para enfermeiros de saúde pública, propostos pela Seção de Enfermeiros da Saúde Pública da Associação Americana de Enfermeiras (1966). Das vinte e quatro proposições constantes no documento, com marcada tendência para situações de dano à saúde, podem-se apontar oito que traduzem a preocupação com a família como grupo. Ou seja, referem-se a ajudar a família a desenvolver a auto-ajuda; identificar fatores de risco no meio familiar; informar, apoiar, e encorajar para que a família desenvolva atitudes que favoreçam a saúde e também alocar recursos para solução de problemas de saúde.

O artigo de ANDRADE E ADAMI (1976) apresenta as funções do enfermeiro de saúde pública, seus objetivos e atividades. O modelo programático apresentado propõe cinco funções básicas para o enfermeiro: prestação de assistência de enfermagem; administração; ensino; assessoria e pesquisa. Nas atividades que integram a área da função assistencial, não são explicitadas atividades de assistência à família.

SOBREIRA (1981:78), propõe, entre as atividades na atenção primária,

"prestar atenção direta, integral de saúde ao indivíduo, família ou outros grupos da comunidade..."

Não obstante, não aparecem quais seriam as atividades para o

desempenho da função assistencial do enfermeiro junto a família.

Analisando o documento final do perfil do enfermeiro, elaborado por um grupo de enfermeiras do CCS/SESU/MEC, em junho de 1981, observa-se que a proposta é preparar o profissional a fim de capacitá-lo para atuar nos diversos níveis de prevenção. No entanto, dentro das competências esperadas, focalizam-se sempre atividades dirigidas ao indivíduo, meio ambiente e administração de serviços.

NASCIMENTO (1985), ao avaliar a participação da enfermagem na assistência à saúde da família, relata a experiência docente de assistência à comunidade de Novo Horizonte, Feira de Santana, BA, a uma população de 107 pessoas, por uma equipe de 21 estudantes de enfermagem e 2 enfermeiras. Das dez atividades desenvolvidas junto à família e comunidade, a assistência domiciliar aparece em segundo lugar e a assistência direta à saúde do indivíduo, família e grupos, aparece em quarto lugar.

Do exposto, parece inquestionável concluir pela escassez da literatura referente a assistência direta do enfermeiro à família, o que faz sentir a necessidade da pesquisa, fornecendo indicações que possam gerar posteriores estudos mais profundos.

A revisão bibliográfica efetuada permitiu explicitar detalhadamente os itens contidos no rol de atividades que caracterizam a assistência direta prestada pelo enfermeiro à fa-

mília, utilizado nesta pesquisa. Foi conveniente, às vezes, entrar em maiores pormenores do que o escopo do trabalho exigiria, a fim de obter algumas informações complementares que facilitassem o entendimento de um problema cuja significação é tão destacada pelos autores mas para o qual medidas práticas de solução ainda carecem de ser implementadas.

Com base nesse estudo, delineou-se o modelo de pesquisa que foi desenvolvido como se descreve a seguir.

PARTE II

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

3 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS

3.1 - Tipo e características do estudo

Trata-se a presente pesquisa de um estudo de campo na área assistencial, que teve como finalidade conhecer a assistência direta prestada à família, segundo a percepção dos próprios enfermeiros que a executam.

As provas estatísticas utilizadas neste trabalho procuram descrever a relação entre variáveis, "sem no entanto deduzir relações de causa e efeito e nem predições" (POLIT/HÜNGLER, 1985:153).

De acordo com a classificação proposta por POLIT e HÜNGLER (1985), o presente estudo é considerado do tipo investigação não experimental-correlacional descritiva - uma vez que se ocupa em observar e descrever os fenômenos, mas não explicá-los. cla

3.2 - Variáveis

Para fins deste estudo foi considerado variável de-

pendente a "assistência direta prestada pelo enfermeiro à família". A variável dependente é resultante das atividades de assistência executadas pelo enfermeiro.

As variáveis *independentes* estão representadas pelas atividades que caracterizam a assistência proposta no QUESTIONÁRIO II.

Com objetivo de controlar os efeitos de variáveis estranhas, foi também incluído como variáveis *independentes*, o estudo de fatores que facilitam ou restringem a prestação da assistência.

As características da população de estudo se apresentam em níveis de medidas nominais e ordinais.

3.3 - Da população

A população de estudo foi constituída de enfermeiros da Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul, lotados em unidades médico-assistenciais (centros de saúde - unidades sanitárias e postos de saúde) na zona urbana e peri-urbana do município de Porto Alegre (RGS). Para tal considerou-se:

1. A Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado é o órgão público que tem a finalidade da prestação da assistência à saúde da população de forma universal;

2. A localização do maior número de enfermeiros - 38;
3. A facilidade de acesso ao grupo de estudo, pela proximidade com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição a que está vinculada pesquisadora.

Através da 1.^a Delegacia de Saúde de SSMA, órgão de acompanhamento e controle dos serviços de saúde desta pasta, foi feito o reconhecimento desta população, pela análise de suas funções e órgãos de lotação.

3.4 - Da amostra

Para seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios:

1. Ter o enfermeiro vínculo empregatício com a Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul;
2. Estar o enfermeiro localizado em unidade médico-assistencial na zona urbana ou peri-urbana de Porto Alegre;
3. Estar o enfermeiro localizado em unidade médico-assistencial pelo menos há 6 meses;
4. Estar o enfermeiro exercendo função assistencial;
5. Estar o enfermeiro em efetivo exercício no momen-

to da pesquisa.

Dos 38 enfermeiros que constituem o contingente desta categoria para atender as unidades médico-assistenciais de atendimento externo da SSMA/RS, na cidade de Porto Alegre, no momento da pesquisa, a situação encontrada foi a seguinte:

- 07 (sete) estavam licenciadas para frequentar curso de aperfeiçoamento;
- 01 (uma) estava localizada no Aeroporto Internacional Salgado Filho, prestando atendimento eventual a passageiros, atividade desvinculada das propostas na pesquisa;
- 02 (duas) estavam aguardando publicação do processo de aposentadoria e
- 01 (uma) estava em gozo de férias.

Restando, então, em efetivo exercício, no momento da aplicação dos instrumentos, 27 enfermeiros, dos quais 26 participam da amostra.

3.5 - Dos instrumentos de pesquisa

3.5.1 - Estrutura dos instrumentos de pesquisa

Para montagem dos instrumentos usou-se como referencial os objetivos de pesquisa e a fundamentação teórica da função do enfermeiro na assistência à comunidade e família

propostas por FREEMAN (1957), ARCHER (1977), NOGUEIRA (1977), Informes Técnicos da OMS Nº 558 (1974).

A própria vivência como professora de Enfermagem em Saúde Comunitária (ENF 323) da Escola de Enfermagem da UFRGS, a discussão do assunto com especialistas da área, a troca de opiniões e experiências com profissionais e usuários do sistema de saúde, constitui valiosa fonte de informações utilizadas na montagem dos instrumentos.

Com base no acima relatado foi elaborado o instrumento de coleta de dados como se apresenta nos Anexos 3, 4 e 5, composto de três questionários, que assumiram a seguinte forma:

QUESTIONÁRIO I (perguntas fechadas): Levantamento de algumas características dos respondentes, com vistas à caracterização da população de estudo.

QUESTIONÁRIO II (perguntas fechadas): Nesta parte do instrumento, utilizando uma escala de 28 pontos, onde (zero) 0 = NUNCA; (um) 1 = RARAMENTE; (dois) 2 = FREQUENTEMENTE; (três) 3 = MUITO FREQUENTEMENTE; (quatro) 4 = SEMPRE, tenta-se conhecer com que frequência o respondente executa as sete atividades típicas que caracterizam a assistência direta prestada pelo enfermeiro à família. A soma dos pontos da frequência define o total de pontos de Assistência numa escala de 0-28.

QUESTIONÁRIO III (perguntas abertas): Nesta última parte do instrumento, procura-se identificar a percepção do

sujeito da pesquisa em relação a fatores que facilitam ou dificultam sua atuação na prestação da assistência à família. Estas informações foram classificadas em Profissionais-Institucionais-Pessoais-Comunitários.

3.5.2 - Realização do estudo piloto

Visando evitar dificuldades quanto às informações a serem fornecidas, bem como a correção dos aspectos que poderiam distorcer o sentido das questões, foi realizado um estudo piloto. Com este objetivo os instrumentos de pesquisa foram aplicados a 10 enfermeiros não incluídos na amostra, pertencentes à Secretaria da Saúde e Serviço Social da Prefeitura de Porto Alegre/RS.

As respostas, críticas e comentários feitos pelos respondentes aos questionários, foram analisados com especialistas, permitindo aperfeiçoar o instrumento. Este procedimento proporcionou, ainda que as atividades propostas no Questionário II tivessem o seu número reduzido de dezessete para sete, sem prejuízo da validade do conteúdo.

Após esta fase, já com o instrumento definitivo, passou-se a aplicação do mesmo nos componentes da amostra selecionada.

3.6 - Coleta de dados

Uma vez definido o grupo que seria incluído na amos-

tra, contactou com a titular da 1.^a Delegacia de Saúde da SSMA/RS, visando a expor os objetivos da pesquisa e assim obter sua aprovação (Anexo 1). Tendo havido acolhida favorável por parte da Sra. Delegada e dirigentes da unidade que controlam os estudos dentro da SSMA, programou-se as datas e local de aplicação dos questionários.

Optou-se pela aplicação dos questionários por ocasião das reuniões de estudo dos enfermeiros, que na época, ocorria semanalmente, às segundas-feiras pela manhã nas dependências da Escola de Saúde Pública.

Os enfermeiros incluídos na amostra e que não se encontravam presentes às reuniões, foram procurados em seus locais de trabalho, solicitando a colaboração para o preenchimento e devolução dos questionários, ressaltando a importância do estudo para os profissionais, às instituições que prestam assistência à saúde e para a própria comunidade.

Os dados foram coletados entre 07 de novembro e 08 de dezembro de 1987 pela pesquisadora e duas auxiliares.

Com objetivo de garantir a homogeneidade das respostas e, considerando a estrutura dos instrumentos, foram oferecidas orientações verbais adicionais sobre os questionários.

Sobre o questionário II, chamou-se atenção para o fato que era de escolha única. No questionário III foi solicitado que listassem no máximo 3 fatores restritivos e 3 fatores facilitadores em cada um dos campos para este fim desti-

nado.

Foram distribuídos vinte e sete (27) instrumentos dos quais retornaram vinte e seis (26) devidamente preenchidos, correspondendo, portanto, a 96,30%. Acredita-se que o elevado índice de retorno alcançado foi, em grande parte, decorrente da estratégia utilizada. Quando da entrega dos questionários, foi discutido com o grupo os propósitos do trabalho e o momento do recolhimento, evidenciando-se, no mesmo, um interesse em participar e conhecer os resultados.

3.7 - Processamento e análise dos dados

Os dados coletados refletem as manifestações expressas pelos enfermeiros que constituem a amostra sob estudo, referente as suas percepções em torno da execução das atividades do processo de prestação da assistência à família.

O tratamento estatístico adotado consistiu no emprego de provas paramétricas e não paramétricas, utilizando-se:

- Análise de regressão múltipla: Anova e x^2 ;
- Teste z para comparação de proporções;
- Teste t de Student.

Foi estabelecido um nível de significância mínimo de até 5%.

O processamento e análises estatísticas foram efetuadas em micro-computadores compatível com IBM-PC, utilizando-

se o pacote SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

A distribuição de frequência das variáveis do Questionário I (características da população sob estudo), é apresentada, sem, no entanto, ser submetidas a análise.

As demais variáveis foram estudadas mediante o emprego das provas acima citadas, cujos resultados são apresentados e discutidos no "corpus" deste trabalho.

4 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Neste capítulo é descrito e discutido os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos a 26 enfermeiros da SSMA/RS, no município de Porto Alegre, no período compreendido entre novembro de 1987 a janeiro de 1988.

A sistemática adotada para análise dos resultados consta de quatro seções:

- a) na primeira, procede-se a apresentação descritiva dos dados referentes aos participantes da amostra sob estudo;
- b) a segunda envolve dados relativos às atividades que compõe a assistência direta à família, atendendo os três primeiros objetivos da pesquisa;
- c) a terceira seção se ocupa de apresentar e analisar o papel dos fatores facilitadores e restritivos na prestação de assistência;
- d) a quarta seção analisa a correlação dos fatores facilitadores/restritivos e a assistência do en-

fermeiro à família.

4.1 - Dados descritivos dos sujeitos da amostra

As variáveis de atributos adotadas para caracterização dos profissionais enfermeiros foram as seguintes: idade, tempo de exercício profissional, instituição de ensino onde concluiu o curso, cursos realizados relacionados à profissão, tempo de serviço na SSMA/RS e tempo de serviço na unidade onde se encontra lotada.

Tais dados permitem levantar algumas características do perfil do profissional em foco.

Os resultados no que se refere à idade dos participantes da pesquisa, TABELA 1, mostra que a maioria (65.4) pertence a uma faixa etária considerada relativamente jovem.

TABELA 1: Distribuição dos enfermeiros amostrados, segundo grupos de idade. Porto Alegre, 1987.

GRUPO DE IDADE	N	%
20 30 anos	4	15.4
30 40 anos	13	50.0
40 50 anos	7	26.9
50 ou +	2	7.7
TOTAL	26	100.0

Encontrou-se no grupo estudado cerca de 19 enfermeiros (73.1%) com menos de 15 anos de exercício profissional,

conforme TABELA 2.

TABELA 2: Distribuição dos enfermeiros amostrados, segundo tempo de exercício profissional. Porto Alegre, 1987.

TEMPO DE EX. PROFISSIONAL	N	%
01 — 05 anos	1	3.8
05 — 10 anos	10	38.5
10 — 15 anos	8	30.8
15 — 20 anos	4	15.4
20 — 25 anos	1	3.8
Acima de 25 anos	2	7.7
TOTAL	26	100.00

Conforme TABELA 3, predominam os enfermeiros (61.5%) formados pela Escola de Enfermagem de UFRGS o que pode ser atribuído, além da natural tradição desta instituição de ensino, ao fato da mesma ser a única localizada no município onde se efetuou o estudo.

TABELA 3: Distribuição dos enfermeiros por origem de órgão formador. Porto Alegre, 1987

ÓRGÃO FORMADOR	N	%
UFRGS	16	61.5
UNISINOS	4	15.4
U.F.Santa Maria	2	7.7
U.F.Rio Grande	1	3.8
Outras	3	11.5
TOTAL	26	100.00

A TABELA 4 contém os resultados relativos a características dos respondentes em função da realização de cursos relacionados à profissão. A distribuição salienta o interesse dos profissionais que atuam na rede básica de saúde em aperfeiçoar seus conhecimentos (88.46% = 23/26). Destes 60.87% (14/23) participaram de cursos relacionados à formação em Saúde Pública.

TABELA 4: Distribuição dos enfermeiros por cursos realizados em relação à profissão

CURSOS REALIZADOS	Nº	%
- Especialização em Saúde Pública*	9	34.6
- Habilitação em Saúde Pública	4	15.4
- Cursos relacionados à S.Pública + outros	1	3.8
- Outros cursos	9	34.6
- Não informaram	3	11.5
TOTAL	26	100.00

* No tocante aos respondentes com Especialização em Saúde Pública, que na Tabela 4 aparece correspondendo a 34.6% do total, não foi pesquisado se o curso frequentado foi específico para enfermeiros (Especialização em Enfermagem de Saúde Pública) ou multidisciplinar.

No que se refere ao tempo de serviço na Secretariada Saúde e Meio Ambiente/RS, obteve-se o resultado que é descrito na TABELA 5. O percentual de 61.5% indica que os respondentes têm menos de 10 anos de efetivo exercício na Institui-

ção.

TABELA 5: Distribuição dos enfermeiros, segundo tempo de serviço na SSMA/RS. Porto Alegre, 1987.

TEMPO DE SERVIÇO	Nº	%
01 5 anos	3	11.5
05 10 anos	13	50.0
10 15 anos	5	19.2
15 20 anos	2	7.7
20 anos ou +	3	11.5
TOTAL	26	100.00

Observa-se na TABELA 6 que em geral os respondentes estão há menos de 5 anos lotados nas unidades de saúde (69.3%).

TABELA 6: Distribuição dos enfermeiros, segundo tempo de lotação na unidade assistencial. Porto Alegre, 1987.

TEMPO DE LOTAÇÃO	Nº	%
<01 ano	6	23.1
01 05 anos	12	46.3
05 10 anos	6	23.1
10 20 anos	1	3.8
>20 anos	1	3.8
TOTAL	26	100.00

Os resultados constantes nesta seção da pesquisa permitem caracterizar alguns aspectos dos respondentes. O estudo

identificou que 76.9% da amostra situa-se na faixa etária dos 30 a 50 anos, população predominantemente em idade madura.

No que se refere à origem do órgão formador do curso de graduação, o estudo identificou que 61.5% dos profissionais são egressos da Escola de Enfermagem da UFRGS.

Outro aspecto observado é que os respondentes buscam aperfeiçoar-se através de cursos relacionados com a profissão (88.4% = 23/26), sendo que 53.8% (14/26) na área de Saúde Pública.

Do mesmo modo, da constatação de que 92.4% (24/26) dos respondentes informam estar lotados a menos de 10 anos na unidade assistencial, verifica-se também que 61.5% tem vínculo com a SSMA/RS há menos de 10 anos. Pode-se deduzir que isto ocorre pelo fato de 73.1% dos respondentes terem menos de 15 anos de exercício profissional.

Procede-se, a seguir, à análise descritiva dos resultados obtidos quanto ao grau de relevância atribuída às atividades de assistência direta prestada pelo enfermeiro à família.

4.2 - Atividades diretas de assistência à família

Como já se especificou anteriormente, os sujeitos da amostra, baseados na sua própria atuação em unidades assistenciais, atribuíram pontos a cada uma das atividades propostas no QUESTIONÁRIO II (Anexo 4).

É importante reafirmar que as atividades foram mensuradas segundo uma escala de pontos onde: NUNCA = 0 (zero); RARAMENTE = 1 (um); FREQUENTEMENTE = 2 (dois); MUITO FREQUENTEMENTE = 3 (três); SEMPRE = 4 (quatro).

No que se refere à execução das atividades, que, para efeito deste estudo, caracterizam a assistência direta do enfermeiro à família, medido através do Questionário II, a TABELA 7 mostra que varia, num intervalo de 5 pontos, de 0 (zero) a 28 (vinte e oito).

TABELA 7: Distribuição da amostra por número de pontos nas atividades de assistência à família.

Nº DE PONTOS	Nº	%
0 5 pontos	1	3.84
5 10 pontos	6	23.08
10 15 pontos	7	26.92
15 20 pontos	6	23.08
20 25 pontos	3	11.54
25 ou + pontos	3	11.54
TOTAL	26	100.00

A TABELA 7 evidencia que, segundo este critério, uma parcela da amostra (26,92%) apresenta escore entre 10 e 15 pontos, quando o esperado era 28 pontos, sendo que apenas um respondente alcançou o escore de 28 pontos. Verifica-se, ainda, que dois grupos de respondentes situam-se na mesma posição (23.08%); o primeiro com escore compreendido entre 5 e 10

pontos e o segundo entre 15 e 20 pontos. E ainda, os dois grupos restantes (de 20 a 25 pontos e de mais de 25 pontos) igualmente obtiveram pontuação igual: 11.54%.

O escore obtido pelo grupo no QUESTIONÁRIO II permitiu definir que a amostra alcançou em média 14.69% dos 28 pontos esperados o que equivale a 52.5% da assistência direta do enfermeiro à família.

Respondendo ao questionário que é composto por sete itens (atividades), a amostra forneceu 182 respostas distribuídas conforme TABELA 8.

TABELA 8: Distribuição das respostas da amostra em cada item do questionário II.

FREQUÊNCIA ATIVIDADES	NUNCA	RARA- MENTE	FREQUEN- TEMENTE	MUITO FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE	TOTAL
1. Avaliar condições de saúde da família	01	10	06	02	07	26
2. Avaliar grau de dependência da família	04	10	04	04	04	26
3. Supervisionar a saúde da família	02	09	05	05	05	26
4. Contribuir para o desenvolvimento familiar	01	09	06	07	03	26
5. Executar procedimentos de enfermagem	01	06	04	05	10	26
6. Obter recursos de saúde que a família necessita, estimulando o uso inteligente	03	05	08	05	05	26
7. Assessorar na resolução de problemas do meio ambiente	06	10	02	02	06	26
TOTAL	18	59	35	30	40	182

Tomando-se por base as respostas coletadas, pode-se ainda constatar que os resultados não apresentam valores acertadamente elevados, revelando então, uma razoável homogeneidade nas respostas. Observa-se que as mais citadas são: "Avaliar as condições de saúde da família", "Avaliar grau de dependência familiar" e "Assessorar na resolução de problemas de meio ambiente", em que 10 (dez) respondentes informam que RARAMENTE as executam, o que equivale a 32.42%. Estes resultados demonstram que não é atendido o que propõe TAPIA (1972), FREEMAN (1957:99) e COSTA (1986:114).

FREEMAN, afirma que o enfermeiro, para assistir a família adequadamente, deve avaliar as condições do grupo como um todo, identificando os fatores que atuam sobre sua saúde, para reforçá-los ou modificá-los quando necessários. TAPIA, em seu artigo, defende a identificação do grau de dependência da família, como passo inicial imprescindível, para que o planejamento e assistência seja adequado ao nível de necessidades de saúde familiar, levando a família a avançar na sua capacidade de auto-suficiência. O mesmo preconiza COSTA, que também recomenda que os enfermeiros estejam alertas e orientem as famílias sobre fatores ambientais que, de alguma forma, possa ter influência sobre a saúde.

Conforme opção de oito respondentes, a atividade "Executar procedimentos de enfermagem" foi a que teve maior escore em SEMPRE com 25% (10/40), o que leva a inferir a existência de uma correlação do nível de assistência prestada com este resultado.

Objetivando facilitar o estudo, após esta primeira análise, as opções foram agrupadas em dois grandes grupos: RARAMENTE e MUITO FREQUENTEMENTE, onde o 1º grupo está constituído pelas duas primeiras opções (NUNCA e RARAMENTE) e o 2º grupo pelas restantes (FREQUENTEMENTE - MUITO FREQUENTEMENTE e SEMPRE).

Os resultados encontrados estão expressos através de média aritmética e nível de significância.

Verifica-se que, de uma maneira geral, a totalidade da amostra executa as atividades propostas no instrumento de pesquisa, variando, no entanto, sua frequência e distribuição como consta na TABELA 9.

A análise da TABELA 9 evidencia que as opções RARAMENTE e MUITO FREQUENTEMENTE, na maioria das atividades, não apresentam diferenças significativas na pontuação. Constatase também que as maiores diferenças de opções dos respondentes estão nas atividades "Executar procedimentos de enfermagem", onde 26.92% afirmam que RARAMENTE a executam contra 73.08% que a fazem MUITO FREQUENTEMENTE.

Além disso, a TABELA 9 mostra também a distribuição percentual dos enfermeiros na atividade "Obter para a família recursos de saúde que necessite, estimulando o seu uso inteligente", em que 30.77% afirmam que RARAMENTE a executam e 69.23% informam que a realizam MUITO FREQUENTEMENTE:

Aplicando o teste Z, para comparações entre proporções utilizadas neste trabalho, foi encontrado um $P < 0.05$, o que evidencia que as diferenças são estatisticamente significativas, nestas duas atividades.

4.3 - Fatores facilitadores e restritivos

Nesta parte da pesquisa apresentam-se as respostas expressas pelos sujeitos da amostra, que teve como estímulo, o pedido de que, baseados em suas vivências na unidade assistencial, enunciassem fatores que, de alguma forma, interferem no desempenho da função de assistência direta à família.

Na fase preliminar a este estudo, nas trocas de experiências com os profissionais enfermeiros, pôde-se com fre-

quência, constatar que, muitas vezes, era referido que enfrentavam barreiras para o cumprimento de suas funções assistenciais, assim também como alguns referiam aspectos que facilitavam a execução de seus trabalhos. Isto ensejou a preocupação que foi levada a estudo cujo instrumento de coleta de dados é o QUESTIONÁRIO III (Anexo 5).

Ao realizar-se a análise do conteúdo das respostas, foram identificadas informações, que, pela natureza, possibilitou que fossem agrupadas de acordo com as características que tinham em comum. Isto permitiu que os fatores apresentados (facilitadores ou restritivos) fossem classificados em PROFISSIONAIS-INSTITUCIONAIS-PESSOAIS-COMUNITÁRIOS.

Assim, neste estudo, entendeu-se como:

1. PROFISSIONAIS: aquelas respostas que, em seu conteúdo, demonstravam valorização de aspectos que pertencem ao processo do conhecimento e habilidades específicas do campo da profissão.

2. INSTITUCIONAIS: verificou-se que muitas respostas tinham, em seu bojo, conteúdos de contexto organizacional, que circunscrevem ou estimulam o papel assistencial do enfermeiro junto à família. Nas respostas, entre outras, eram encontradas referências à política assistencial, política de pessoal, representatividade profissional nas decisões organizativas e disponibilidades de recursos.

3. PESSOAIS: aquelas respostas que expressavam aspectos emocionais, percepções, motivações e atitudes favoráveis

ou desfavoráveis à prestação da assistência direta à família. A característica básica da resposta se situava no campo afetivo, definido como um sentimento pró ou contra a execução desta função.

4. **COMUNITÁRIOS:** foram identificados dentro das respostas ao QUESTIONÁRIO III, conteúdos indicativos de que o conhecimento, a atitude, o nível de expectativa da comunidade quanto à assistência à saúde, é um aspecto considerável na determinação de fatores que delimitam ou estimulam a prestação da assistência do enfermeiro à família. Constata-se nas respostas, que os respondentes entendem que a aceitação desse tipo de assistência pela população, é realmente útil para impulsionar ou restringir um programa dessa natureza.

O posicionamento dos enfermeiros da amostra, quanto a fatores restritivos ou facilitadores que influem na prestação da assistência direta à família, apresentou os resultados indicados na TABELA 10.

TABELA 10: Distribuição das respostas da amostra à indagação dos fatores que facilitam ou restringem a prestação da assistência à família.

FATORES LISTADOS	Nº	%
Fatores facilitadores	38	42.22
Fatores restritivos	52	57.78
TOTAL	90	100.00

Esta distribuição, no entanto, estatisticamente, não revela um predomínio dos fatores restritivos sobre os facilitadores ($p > 0.05$).

No que se refere aos "fatores facilitadores", as respostas da amostra estudada forneceram informações que permitiram que os mesmos fossem classificados conforme a TABELA 11, destacando-se a predominância de fatores INSTITUCIONAIS.

TABELA 11: Distribuição dos fatores facilitadores para a prestação da assistência direta à família.

FATOR	Nº	%
1 - Profissionais	3	7.89
2 - Institucionais	23	60.54
3 - Pessoais	9	23.68
4 - Comunitários	3	7.89
TOTAL	38	100.00

A tabela 11 apresenta os resultados sobre a opinião da amostra quanto a fatores que facilitam a prestação de assistência direta à família. Dos 38 fatores listados pelas 26 componentes da amostra, 23 respostas (60.54%) responderam que a "instituição" é um dos fatores que facilita seu trabalho. Porém, 9 fatores listados (23.68%) indicam que são os fatores "pessoais" que possibilitam este tipo de assistência. Os fatores "profissionais" e "comunitários" ocuparam igual posição (7.89%).

O elevado percentual de "fatores institucionais" (60.54%) pode evidenciar a tendência da amostra em valorizar a instituição, como impulsionadora para este tipo de assistência.

De maneira análoga ao que foi feito para identificar os fatores facilitadores, procurou-se conhecer os obstáculos. O posicionamento dos respondentes quanto a barreiras ou fatores restritivos que dificultam sua atuação na prestação de assistência direta à família, apresentou os resultados indicados na TABELA 12.

TABELA 12: Distribuição dos fatores restritivos para prestação da assistência direta à família.

FATORES	Nº	%
1 - Profissionais	3	5.77
2 - Institucionais	39	75.00
3 - Pessoais	4	7.69
4 - Comunitários	6	11.54
TOTAL	52	100.00

Nesta tabela observa-se que (39 = 75%) dos 52 fatores restritivos apresentados pelos respondentes, pertencem ao grupo dos "institucionais". A menor frequência (3 = 5.77%) encontra-se nos fatores do grupo "profissionais". O elevado percentual de fatores "institucionais" (75%) pode ser atribuído ao fato de que os enfermeiros identificam, em suas unidades de lotação, propostas de trabalho e clima gerencial em que há uma supervalorização das atividades da área administrativa, absor-

vendo a disponibilidade do profissional enfermeiro.

O mais importante a salientar é o fato de que, em ambas as TABELAS 11 e 12, o fator considerado mais relevante é o "Institucional", o que parece indicar que, na ótica dos respondentes, é a instituição que impulsiona ou impossibilita a execução de uma assistência centrada na família. Fazendo-se um confronto entre os valores encontrados nos fatores "institucionais", observamos que há uma predominância dos fatores restritivos institucionais (Tabela 12) (75%), enquanto que, na lista de fatores facilitadores (Tabela 11), ele tem um peso de 60.34% sobre o total.

Por outro lado, é interessante observar que os fatores "profissionais", dentro do qual estaria situada a instrumentalização do profissional que o levaria ao melhor desempenho da função assistencial e a agilizar dentro da instituição condições para seu cumprimento, aparece em ambas as tabelas (11 e 12) em último lugar.

Tendo-se apresentado os resultados descritivos referentes ao QUESTIONÁRIO III, que atende ao objetivo 4 da pesquisa, proceder-se-á, no tópico subsequente, a correlação destes fatores com as respostas do QUESTIONÁRIO II.

4.4 - Correlação entre os fatores facilitadores/restritivos e o nível de assistência prestada

A partir da identificação dos fatores que, segundo os

respondentes, interferem na prestação da assistência à família, é possível fazer certas correlações entre eles e as atividades que caracterizam a assistência direta do enfermeiro à família.

Nesse sentido, montou-se uma tabela para visualizar as correlações evidenciadas (TABELA 13).

TABELA 13: Sumário da correlação entre fatores facilitadores e as atividades de assistência

ATIVI- DADES FFP*	Avaliar condições de saude da família			Avaliar grau de dependência familiar			Supervisionar a saude familiar			Contribuir para o desenvolvimento familiar									
	RARAMENTE		M.FREQUENTEMENTE		RARAMENTE		M.FREQUENTEMENTE		RARAMENTE		M.FREQUENTEMENTE								
	f	%	f	%	SIGNIF	f	%	f	%	SIGNIF	f	%	f	%	SIGNIF				
NENHUM *	10	71.43	4	28.57		11	78.57	3	21.43	*	10	71.43	4	28.57		10	71.43	4	28.57
PROFISS.	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0
INSTIT.	0	0	7	100.0		0	0	7	100.0		0	0	7	100.0		0	0	7	100.0
PESSOAIS	1	33.3	2	66.7		2	66.7	1	33.3		1	33.3	2	66.7		0	0	3	100.0
COMUNIT.	0	0	2	100.0		1	50.0	1	50.0		0	0	2	100.0		0	0	2	100.0

* FFP = Fator facilitador principal

* Diferença estatisticamente significativa para $P < 0.05$

* Nenhum: Não foi indicado nenhum fator facilitador principal

ATIVI- DADES FFP*	Executar procedimentos de enfermagem			Conseguir os recursos de saude para família			Assessorar na resolução dos problemas do meio ambiente								
	RARAMENTE		M.FREQUENTEMENTE		RARAMENTE		M.FREQUENTEMENTE		RARAMENTE		M.FREQUENTEMENTE				
	f	%	f	%	SIGNIF	f	%	f	%	SIGNIF	f	%	f	%	SIGNIF
NENHUM	6	42.86	8	57.14		5	35.71	9	64.29		13	92.86	1	7.14	*
PROFISS.	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	
INSTIT.	1	14.29	6	85.71	*	1	14.29	6	85.71	*	2	28.57	5	71.43	
PESSOAIS	0	0	3	100.0		1	33.3	2	66.7		1	33.3	2	66.7	
COMUNIT.	0	0	2	100.0		1	50.0	1	50.0		0	0	2	100.0	

Observa-se pelos resultados da TABELA 13 que, do conjunto dos quatro fatores facilitadores pesquisados, apenas o INSTITUCIONAL apresentou correlação significativa com duas atividades: "Executar procedimentos de enfermagem" e "Conseguir para a família os recursos de saúde de que necessita, estimulando seu uso inteligente". Para tanto empregou-se o teste z para comparação entre proporções, técnica que permitiu comprovar a existência de diferenças significativas entre os grupos que informam executar RARAMENTE e MUITO FREQUENTEMENTE estas atividades. O grupo que informa que MUITO FREQUENTEMENTE (6 = 85.71%) "executa procedimentos de enfermagem e aquele que declara que "consegue para a família recursos de saúde de que necessita..." (6 = 85.71%) apontam no QUESTIONÁRIO III, o fator INSTITUCIONAL, como elemento facilitador para seus trabalhos.

Por outro lado, verificou-se que o grupo de profissionais que informa que RARAMENTE "avalia o grau de dependência familiar" (11 = 78.57%) e RARAMENTE "assessora a família na resolução de problemas do meio ambiente" (13 = 92.86%), não indicam fatores facilitadores principais.

Estes resultados permitem inferir que os profissionais, que têm mais alto grau de prestação de assistência à família, reconhecem que existem fatores que favorecem seu desempenho e, dentre eles, apontam principalmente os fatores institucionais.

De maneira análoga ao que foi feito para identificar

a correlação dos fatores facilitadores com as atividades, procurou-se também conhecer se havia uma dependência entre a função de assistência e os fatores restritivos listados. Neste tópico, procura-se analisar a relação dos fatores restritivos e as atividades propostas no estudo. A TABELA 14 apresenta os resultados da aplicação do teste z para comparação de proporções, com nível de significância igual a 5% ($p < 0.05$). Ela apresenta os resultados da análise cruzada das variáveis correspondentes às atividades básicas que foram objeto de estudo e as variáveis correspondentes aos fatores restritivos.

TABELA 14: Sumário da correlação entre os fatores restritivos e as atividades de assistência

ATIVIDADES FRP*	Avaliar condições de saúde da família			Avaliar grau de dependência do grupo familiar			Supervisionar saúde da família			Contribuir para o desenvolvimento familiar										
	RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE									
	f	%	f	%	SIGNIF	f	%	f	%	SIGNIF	f	%	f	%	SIGNIF					
NENHUM *	2	25.0	6	75.0		3	37.5	5	62.5		3	37.5	5	62.5		2	25.0	6	75.0	
PROFISS.	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	
INSTIT.	8	53.33	7	46.67		10	66.7	5	33.3		7	46.7	8	53.3		7	46.7	8	53.3	
PESSOAIS	1	50.0	1	50.0		1	50.0	1	50.0		1	50.0	1	50.0		1	50.0	1	50.0	
COMUNIT.	0	0	1	100.0		0	0	1	100.0		0	0	1	100.0		0	0	1	100.0	

* FRP: Fator restritivo principal

* Nenhum: Não foi indicado nenhum fator restritivo principal

* Diferença estatisticamente significativa para $P < 0.05$

ATIVIDADES FRP*	Executar procedimentos de enfermagem			Obter p/fam.recursos de saúde estimulando o uso inteligente dos mesmos			Assessorar na resolução de problemas do meio ambiente								
	RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE		RARAMENTE		FREQUENTEMENTE				
	f	%	f	%	SIGNIF	f	%	f	%	SIGNIF	f	%	f	%	SIGNIF
NENHUM	1	12.5	7	87.5	*	3	37.5	5	62.5		4	50.0	4	50.0	
PROFISS.	0	0	0	0		0	0	0	0		0	0	0	0	
INSTIT.	7	46.7	8	53.3		5	33.3	10	66.7		5	33.3	10	66.7	
PESSOAIS	1	50.0	1	50.0		0	0	2	100.0		2	100.0	0	0	
COMUNIT.	0	0	1	100.0		0	0	1	100.0		0	0	1	100.0	

Observa-se pelos resultados da TABELA 14, que, do conjunto de sete atividades de assistência pesquisadas, apenas a variável "executar procedimentos de enfermagem", revelou diferença estatística significativa entre os grupos que informam que executam a atividade RARAMENTE (1 = 12.5%) e o que MUITO FREQUENTEMENTE (7 = 87.8%) a executam.

Surpreendentemente, este mesmo grupo de profissionais não listou nenhum fator principal que restrinja a execução desta atividade.

Verificou-se que a maioria das atividades não obteve percentuais de respostas em RARAMENTE e MUITO FREQUENTEMENTE significativamente diferentes ao nível de $\alpha = 0.05$.

Além disso, fica estatisticamente constatado que os fatores restritivos, listados pela amostra no QUESTIONÁRIO III, não guardam relação com a frequência da execução das atividades. Isto permite inferir que, apesar de reconhecer que existem fatores limitantes, o profissional detém certo grau de autonomia profissional.

Os resultados dos estudos da relação entre fatores e atividades trouxeram informações que permitiram avançar nas indagações sobre os mesmos aspectos. Procurou-se, então, identificar quais os efeitos de cada variável independente (atividades) sobre a variável dependente (assistência). Para tanto utilizou-se uma análise de regressão múltipla com um nível de significância de 5%.

O estudo identificou que a assistência prestada pelos enfermeiros da amostra é 51% determinada pelas atividades propostas.

A identificação do grau de correlação de cada variável independente (atividade) à variável dependente (assistência) permitiu que fosse determinada a relevância de cada atividade na assistência, evidenciando que elas têm significado diferente.

Assim, a análise demonstrou que como o coeficiente de determinação entre assistência e atividade "Avaliar condições de saúde da família" é de 41% com correlação positiva, à medida em que a atividade cresce, a assistência também tende a atingir um nível maior.

Do mesmo modo, analisando-se os dados, verifica-se que as atividades segundo seu coeficiente de correlação, estão dispostas em ordem decrescente de importância, o que leva a estabelecer um nível hierárquico conforme o quadro abaixo.

QUADRO I: Hierarquização nominal das atividades segundo seu grau de relevância na determinação do nível de assistência à família

ATIVIDADES	NÍVEL HIERÁRQUICO
. Avaliar as condições de saúde da família	1º
. Supervisionar a saúde da família	2º
. Contribuir para o desenvolvimento familiar	3º
. Avaliar o grau de dependência familiar	4º
. Executar procedimentos de enfermagem	5º
. Assessorar na resolução de problemas de meio ambiente	6º
. Conseguir para a família recursos de saúde que necessita, estimulando o uso inteligente	7º

TAPIA (1972) defende que a assistência de enfermagem deve ser determinada pelo nível de competência com que a família cumpre suas funções, o que é conhecido pela avaliação do seu grau de dependência. Segundo a proposta da Autora, entende-se que a avaliação do grau de dependência da família é uma das atividades fundamentais na assistência, o que não foi confirmado neste trabalho, uma vez que a referida atividade alcançou o 4º lugar na escala hierárquica de relevância.

NOGUEIRA (1977) defende a assistência à família, utilizando a metodologia científica, que desencadeia o processo e resguarda a eficácia da assistência, através da avaliação inicial das condições de saúde da mesma. Isto foi confirmado no estudo, que identificou esta atividade como tendo o mais alto grau de aderência e, assim sendo, ocupando o 1º nível hierárquico.

Tomando-se por base os achados estatísticos, vemos que ocupam os primeiros lugares, na escala hierárquica, aquelas atividades que, pela sua natureza, são privativas do enfermeiro.

Considerando os resultados da análise que identificou que a amostra presta 52.5% da assistência esperada e, considerando que 53.8% (14/26 - TABELA 4) dos enfermeiros têm algum curso relacionado à área de Saúde Pública, entendeu-se ser oportuno complementar os estudos. Para tanto, foi feita uma análise adicional com o objetivo de conhecer as diferenças entre a média da assistência prestada pelo grupo que tem alguma

formação nesta área e o grupo que não tem.

Para conhecer a relação do nível de assistência prestada pelos dois grupos de enfermeiros da amostra, utilizou-se o Teste de Diferenças de Proporções para duas amostras, aprova Z.

Verificou-se, então, que não obtiveram percentagem significativamente diferente ao nível de $\alpha = 0.05$.

Observou-se, portanto, que as proporções entre os grupos com e sem curso na área de Saúde Pública pouco diferem. Estes resultados, além dos fatores já estudados, podem estar relacionados a duas indagações básicas:

- a) a assistência prestada à família pela amostra estaria embasada nos conhecimentos e habilidades adquiridas no curso de graduação?
- b) estarão os cursos relacionados à área de Saúde Pública, dando a ênfase adequada a assistência à comunidade através da família?

COSTA (1986) propõe a assistência de enfermagem de Saúde Pública à família como o "elemento básico" para minimizar os problemas de saúde de uma sociedade em expansão.

FREEMAN (1953), ARCHER (1977) e NOGUEIRA (1977), defendem que a assistência à família como grupo, no seu ambiente, proporciona ajuda na solução de problemas, mas primordialmente, participa das ações de promoção e proteção da saúde da comunidade.

PARTE III
CONCLUSÕES

O propósito deste capítulo é apresentar os resultados do estudo, tomando por base a análise das respostas da amostra, interpretados a partir da revisão bibliográfica.

Esta apresentação pretende fornecer subsídios para fins de aperfeiçoamento do processo de formação do enfermeiro e aprimoramento de prestação da assistência à saúde da população.

CONSTATAÇÕES

A análise dos resultados dos objetivos operacionalizados, através das perguntas da pesquisa, revela a seguinte situação:

- Quanto ao número de enfermeiros que prestam assistência direta à família:

- A totalidade dos enfermeiros, que constituiu a amostra, presta assistência direta à família.

- Quanto às atividades de assistência à família executadas pelos enfermeiros:

- Pode-se afirmar que todas as atividades de assistência propostas no estudo, são executadas pelos enfermeiros.

- Quanto à frequência da execução das atividades:

- A amostra fez 14.69 dos 28 pontos esperados na execução das atividades de assistência direta à família.

- Os enfermeiros prestam 52.5% do esperado, de assistência direta à família.

- Pode-se afirmar que 51% da assistência prestada di-

retamente pelo enfermeiro à família é explicada pelas atividades propostas.

- Há uma razoável homogeneidade no grupo quanto à execução das atividades de assistência à família.

- As atividades de assistência à família menos executadas pelos enfermeiros são aquelas que, pelas suas características, requerem um corpo de conhecimento maior, portanto, privativas do enfermeiro.

- A atividade mais executada pelo enfermeiro é a que, muitas vezes, envolve ações de menor grau de complexidade, podendo assim ser delegada.

- Estatisticamente, não há uma diferença significativa entre o grupo de enfermeiros que executa as atividades "raramente" e o que executa "muito frequentemente".

● Quanto aos fatores facilitadores e restritivos:

- A amostra manifestou que existem fatores facilitadores e restritivos para a prestação da assistência direta do enfermeiro à família.

- Os fatores facilitadores e restritivos Institucionais, obtiveram o maior escore.

- Estatisticamente, não é significativa a diferença entre os fatores facilitadores e restritivos.

● Quanto à correlação dos fatores facilitadores e restritivos com a assistência direta prestada pelo enfermeiro à família:

- Estatisticamente, pode-se afirmar que não há relação entre os fatores restritivos e a frequência das atividades.

- O fator facilitador Institucional guarda relação somente com a execução de procedimentos de enfermagem e conseguir para a família os recursos de saúde de que necessita, estimulando o seu uso inteligente.

- Pode-se afirmar que as atividades obedecem uma hierarquia nominal, conforme o seu grau de relevância na assistência.

- A avaliação das condições de saúde da família ocupa o 1º lugar na escala hierárquica das atividades.

- Há uma correlação direta da avaliação das condições de saúde da família com o nível de assistência prestada pelo enfermeiro.

- Pode-se afirmar que não existe diferença na assistência prestada à família pelo enfermeiro que tem alguma formação na área de Saúde Pública e o que tem apenas graduação em Enfermagem.

PROPOSTAS

Com base nos resultados e conclusões deste estudo, propõem-se :

- Para o ensino e pesquisa de enfermagem:

a) Seja promovida a continuidade desta pesquisa com vistas à:

1. conhecer a eficácia das atividades propostas neste estudo para atender as necessidades de saúde da família;

2. identificar os fatores que determinam que o en-

fermeiro executa com menor frequência as atividades que requerem um corpo de conhecimento maior;

3. conhecer a relevância de cada atividade na prestação de assistência do enfermeiro à família;

4. conhecer os fatores que determinam que não haja diferença na assistência prestada à família por profissionais enfermeiros, com ou sem cursos da área de Saúde Pública.

● Para os órgãos prestadores de assistência:

a) sejam realizados estudos para identificar os fatores determinantes de assistência prestada à família ser de apenas 52.5%;

b) sejam envidados esforços para que o enfoque da assistência à comunidade seja a família;

c) seja valorizada e estimulada a prestação da assistência direta do enfermeiro à família, como forma de aumentar a cobertura, promover, proteger a saúde, reduzir custos assistenciais;

d) seja reconhecido e valorizado o papel do enfermeiro na assistência à família, como promotor de saúde da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ADAMI, Nilce P. A enfermagem de saúde pública na assistência progressiva do paciente. *Rev. Enf. Novas Dimensões*. 2 (1): 17-23, 1976.
- 2 _____. Experiências sobre atuação de enfermagem na Atenção Primária de Saúde. *Enf. Novas Dimensões*. 4 (4): 212-221, 1978.
- 3 ANDRADE E ADAMI. Configuração das funções da enfermeira de saúde pública. Modelo programático de preparo requerido para o exercício dessas funções. *Enf. Novas Dimensões*. 2 (6): 308-318, 1986.
- 4 ANDRADE, Odete de Barros. A consulta de enf. em sistemas de programas de saúde. *Rev. Bras. de Enferm. e Serv. Hospitalares*, ano I, n^{os} I e II, abril-maio 1979.
- 5 ARCHER, S. & FLESHMAN, R. *Enfermeria de salud comunitária*. Washington, OPS/OMS, 1977.
- 6 ARIÈS, Phillipe. *História natural da criança e da família*. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986.
- 7 AZEVEDO, Fernandes. *Dicionário de Sociologia*. Rio de Janeiro, Porto Alegre, Ed. Globo, 1. ed., 1963.
- 8 BARROS DE ANDRADE, O. A consulta de enfermagem em sistema de saúde. *Rev. Bras. de Enfermagem - Equipamento e Serviços Hospitalares*. Ano I (1/2): 8-12, abril-, maio 1979.
- 9 BEATTIE, John. *Introdução à antropologia social*. São Paulo Cia. Editora Nacional, 1977.
- 10 BELTRÃO, P.C. *Sociologia da família contemporânea*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1973.
- 11 CAMPOS et alli. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 98 (2), 1985.

- 12 CAVENACCI, et alli. *Dialética da família*. São Paulo, Brasiliense, 1985.
- 13 CIANCIARULLO, Tamara Iwanov. Teorias de Enfermagem. *Enf. Novas Dimensões*. 5(2):54-6, 1979.
- 14 COOMBS, E.M. A conceptual framework for home nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 1984, 9, 157-163.
- 15 COOPER, David. *A morte da família*. São Paulo, Martins Fontes, 1986.
- 16 COSTA, Judith. Visitaçãõ domiciliar: base para o ensino de enfermagem na comunidade. *Enf. Novas Dimensões*. 3(2): 78-82, 1977.
- 17 COSTA, Zélia S. et alli. A participação do enfermeiro de saúde pública na saúde familiar. *Rev. Bras. de Enfermagem*. Brasília, 39(2/3), 107-18, abril/set.1986.
- 18 FIGUEIRA, Sêrvulo A. *Uma nova família?* Rio de Janeiro, Zahar, 1987.
- 19 FONSECA, Athayde. Necessidades básicas da família. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, Jan.-Fev.:45-8, 1974.
- 20 FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade, III: o cuidado de si*. Rio de Janeiro, Edições Graal Ltda., 1985.
- 21 FREEMAN, Ruth. *Enfermeria en Salud Pública*. México, La Prensa Médica Mexicana, 1957.
- 22 _____. *Enfermeria Sanitaria*. México. Interamericana, 1971.
- 23 FROMM, Erich. *L'autorità e la famiglia*. Florence, Ed. Guaraldi, 1969.

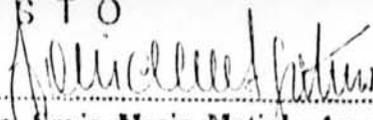
- 24 GAIARSA, José. *A família de que se fala e a família de que se sofre*. São Paulo, AGORA, 1986.
- 25 LAGERGREN. O plano da Suécia para o ano 2.000. *A saúde no mundo*. Rev.OMS, maio 1986.
- 26 LAING, R.D. *A política da família*. São Paulo, MartinsFontes, 1980.
- 27 MAC DOWELL, Helen. *A enfermeira familiar praticante*. A Saúde no Mundo. 1983.
- 28 MAHLER, Halfdan. O que é saúde para todos? *Rev. Saúde no Mundo da OMS*, novembro de 1979.
- 29 MEC/SESU/CCS. *Perfil do enfermeiro - documento final, anexo III*, Brasília, 1981.
- 30 NASCIMENTO, M.A.A. A família como unidade de serviço para a assistência de enfermagem à saúde. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 38(3/4):359-69, jul/set. 1985.
- 31 NICK, Eva. *Fundamentos de estatística para ciências do comportamento*. Rio de Janeiro, Renes, 1971.
- 32 NOGUEIRA, Jacyra. Assist.de enferm. à família. *Enf. Novas Dimensões*. 3(6):327-46, 1977.
- 33 OMS - Enfermeria y salud de la comunidad . Informe de um Comité de Expertos de la OMS. *Série Informe Técnico nº 558*. Genebra, 1974.
- 34 OMS - La crisis economica y su repercusión en la salud - Crônica. *Boletín de la Oficina Panamericana*. 100(6), 1986.

- 35 PAIM, Rosalda. *Metodologia científica em enfermagem*. Rio de Janeiro, 1980.
- 36 POLIT/HUNGLER. *Investigacion científica em ciencia de la salud*. Mexico, Nueva Editorial Interamericana, 1985.
- 37 REGENIN, M.^a Ignez. *Assist.de enferm. à família, Porto Alegre. Curso de Habilitação*. São Paulo - EE UFRGS, 1976. Anotações de aula.
- 38 RESENDE, M.C. et alli. *Atuação da enfermagem em um sistema de saúde comunitária*. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. Distrito Federal, 33:132-56, 1980.
- 39 REZENDE, Ana Lucia M. de. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. Rio de Janeiro, Cortez, 1986.
- 40 ROBINSON, C.A. & THORNES. *Strengthening family "interference"*. *Journal of Advanced Nursing*. 1984, 9, 597-602.
- 41 RODRIGUES, Aroldo. *Psicologia social*. Petrópolis, Vozes, 1986.
- 42 RODRIGUES, B.A. *Fundamentos de administração sanitária*. Brasília, Centro Gráfica do Senado Federal, 1979.
- 43 RON, Aviva. *Transferindo recursos. A saúde no mundo*. *Rev. OMS*, maio, 1986.
- 44 ROUSSEAU, J.J. *Os pensadores*. São Paulo, Abril Cultural, 1978.
- 45 RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Rio de Janeiro, Vozes, 1986.
- 46 SAGEBIN, H.V. et alii. *Assistência de enf. à família através da visita domiciliar: relato de experiência*. Trabalho apresentado no XXXVIII Congresso Brasileiro de Enfermagem, Rio de Janeiro, outubro 1986.

- 47 SIEGEL, Sidney. *Estatística não-paramétrica*. São Paulo, McGraw-Hill, 1975.
- 48 SOBREIRA, Nilze. *Enfermagem comunitária*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981.
- 49 SPENCE, J.A. *A thousand families in Newcastle on Tyne*. Londres, Oxford University Press, 1954.
- 50 TAPIA, Jayme. The nursing process in family health. *Nursing outlook*. 20(4):267-70, april 1972.
- 51 TOFFLER, Alvin. *O choque do futuro*. Rio de Janeiro, Arternova, 1973.
- 52 _____. *A terceira onda*. Rio de Janeiro, Record, 1986.

ANEXOS

V I S T O


Prof. Sonia Maria Motiuk Agostini
Diretora em exercício EE UFRRS

Porto Alegre, 05 de novembro de 1987.

Sr. Delegado.

As transformações sociais e econômicas que temos atravessado nos últimos decênios têm determinado mudanças significativas no meio social, com profundas alterações na qualidade de vida. Paralelamente aos avanços tecnológicos, temos visto surgir uma nova civilização em que a distância entre os que têm muitos recursos e os privados de condições mínimas de sobrevivência é cada vez maior. Existem crescentes setores da população rural e urbana que a cada dia ficam mais afastados de condições que permitam ter acesso à educação, habitação, alimentação e saúde.

A recessão econômica porque temos passado tem determinado a diminuição de recursos financeiros, tanto a nível familiar como de instituições assistenciais, com profundas repercussões diretas e indiretas na qualidade de vida e prestação de serviços.

Este aspecto de relevante significado, determina que os órgãos prestadores de assistência e formadores de profissionais de saúde repensem sua praxis, como parte do esforço para, maximizando os recursos com eficácia, atendam as necessidades de saúde das populações de maneira aceitável, ampla e financeiramente suportável.

Considerando o exposto e o compromisso que o profissional enfermeiro tem em participar do processo de assistência à população, elaboramos projeto de pesquisa que tem como propósito, oferecer subsídios para formulação de modelo de assistência de enfermagem à comunidade com ações diretas à família.

...

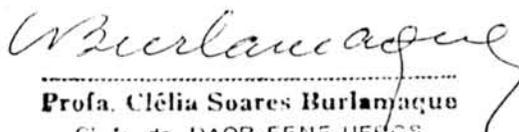
...

Objetivando colher informações que permitam testar as hipóteses, os 53 enfermeiros lotados em unidades assistenciais da SSMA, na cidade de Porto Alegre, foram selecionados como população de estudo. Assim, levamos a seu conhecimento, o instrumento de pesquisa que suprirá informações necessárias.

Certa de seu elevado espírito público e reconhecido empenho na melhoria da qualidade de assistência à saúde em nosso Estado, expressamos nosso apreço na certeza de sua compreensão.

Atenciosamente,


Prof. Helena Victoria Sagebin
Disciplina Enfermagem em Saúde Comunitária I
Enf. 323
Escola de Enfermagem - UFRGS


Prof. Clélia Soares Burlamaque
Cél. do DAOP-EENF-UFRGS

Sr. Delegado

Da

1a. Delegacia de Saúde - SSMA

Av. Borges de Medeiros, 328 - 16º andar

POA/RS

PESQUISA - ASSISTÊNCIA DIRETA DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA

Prezado(a) Colega:

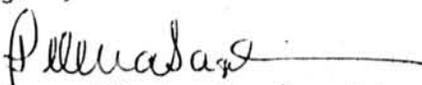
Estamos fazendo uma pesquisa para conhecer que atividades de assistência direta à família estão sendo executadas pelos enfermeiros dos órgãos públicos prestadores de assistência à saúde.

O instrumento é composto de três questionários. No questionário I constam dados pessoais do informante. No questionário II consta um rol de atividades que caracterizam a função assistencial direta do enfermeiro à família através da visita domiciliar. A descrição da atividade é seguida de cinco opções, dentre as quais você deverá escolher apenas uma. O questionário III destina-se a conhecer os fatores facilitadores e/ou restritivos que por acaso existam e que influam na execução das atividades assistenciais direta à família.

Respondendo lealmente, você estará colaborando com o desenvolvimento da profissão do Enfermeiro, com a melhoria da assistência à saúde e com o ensino da enfermagem.

Grata.

Porto Alegre, novembro de 1987.


Prof. Helena Victoria Sagebin,
COREN/RS 9160.

PESQUISA - ASSISTÊNCIA DIRETA DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO I

IDENTIFICAÇÃO

INSTRUÇÕES: Preencha com um X os parênteses ou complete as respostas, segundo sua opinião ou experiência.

1. IDADE:

- 20 - 30 anos
- 30 - 40 anos
- 40 - 50 anos
- Acima de 50 anos

2. TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL:

- < de um ano
- 01 - 05 anos
- 05 - 10 anos
- 10 - 15 anos
- 15 - 20 anos
- 20 - 25 anos
- Acima de 25 anos

3. CURSO DE ENFERMAGEM CONCLUÍDO:

- UFRGS
- UNISINOS
- UNIVERSIDADE DE SANTA MARIA
- UNIVERSIDADE DE PELOTAS
- UNIVERSIDADE DE RIO GRANDE
- OUTRA (especifique)

4. CURSOS REALIZADOS E RELACIONADOS À PROFISSÃO:

- HABILITAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA
- ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
- ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
- ESPECIALIZAÇÃO EM PLANEJAMENTO EM SAÚDE
- OUTROS (especifique)
-

5. TEMPO DE SERVIÇO NA SSMA:

- 01 ano
- 01 - 05 anos
- 05 - 10 anos
- 10 - 15 anos
- 15 - 20 anos
- 20 - 30 anos

6. TEMPO DE SERVIÇO NA UNIDADE ONDE SE ENCONTRA LOTADO ATUAL-
MENTE:

- 01 ano
- 01 - 05 anos
- 05 - 10 anos
- 10 - 20 anos
- + de 20 anos

PESQUISA - ASSISTÊNCIA DIRETA DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO III

FATORES FACILITADORES E RESTRITIVOS

INSTRUÇÕES: Faça uma retrospectiva do seu trabalho nos últimos doze meses. Registre nas colunas, por ordem de importância, os três principais fatores que facilitam ou restringem a execução de atividades diretas de assistência à família no seu ambiente familiar.

FATORES FACILITADORES para prestação de assistência direta à família	FATORES RESTRITIVOS para prestação de assistência direta à família