

## Ficha familiar dos centros de saúde: vantagens e dificuldades

EMILIO IMPERATORI

Dizer que os doentes têm famílias é o mesmo que dizer que um órgão doente é uma parte dum indivíduo. Trata-se de dois factos demasiado evidentes para serem discutidos, mas nenhum deles tem na prática o reconhecimento dos médicos (Richardson, 1945).

A ficha familiar permite uma abordagem do agregado familiar, que possibilita um melhor conhecimento dos seus integrantes, melhorando assim a actuação diagnóstica e terapêutica do médico e de toda a equipa de saúde.

Do ponto de vista dos cuidados primários, a ficha familiar contribui para o cumprimento de algumas características destes cuidados: por um lado a sua continuidade; por outro, para que estes sejam realmente globais no sentido de não se limitarem exclusivamente aos aspectos biológicos, mas para que abranjam também os psicológicos e sociais. É sobretudo neste último aspecto que a ficha familiar fornece o seu maior contributo, dado que a família é o núcleo primário onde cada indivíduo interacciona. Se aceitarmos a ficha familiar como instrumento para obter cuidados de saúde globais, podemos também aceitar que o seu preenchimento constitui um indicador da medida em que esses cuidados são realmente globais.

Por isso, pretendeu-se conhecer o grau de preenchimento do impresso «Ficha Familiar», da antiga Direcção-Geral de Saúde, utilizada em princípio em todos os centros de saúde e que, por suficientemente conhecida, não é aqui comentada.

□

Emilio Imperatori é professor auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública e é chefe da Divisão de Planeamento da Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários.

Integrada num projecto de investigação sobre avaliação de serviços de cuidados de saúde primários, realizou-se, em Abril de 1984, uma consulta a diversos centros de saúde, para saber em que medida o indicador «percentagem de fichas familiares completamente preenchidas» podia constituir um elemento útil para avaliar a «globalidade» dos cuidados prestados pelos nossos centros de saúde.

Verificou-se que, nos 10 centros do distrito de Viana do Castelo, a ficha familiar nunca funcionou devidamente, por falta de pessoal (informação do dr. Pinho da Silva, então director de Saúde Distrital).

No Centro de Saúde de Ribeira de Pena verificaram-se três períodos diferentes: durante o ano de 1980 e primeiro semestre de 81, o preenchimento foi total; durante o segundo semestre de 81 e todo o ano de 82, só foi preenchido o rosto da ficha, ou seja, o nome e a composição da família; desde 1983 até à data da informação, tinha-se abandonado o preenchimento deste impresso (informação do dr. Pedro Serrano, então director do Centro de Saúde).

No Centro de Saúde de Cuba, para a totalidade (185) das grávidas atendidas no Centro, de 1979 a 1982, só foi preenchido o «rosto» (nome e composição) da ficha familiar (informação do dr. António Suspiro, director do Centro de Saúde nessa data).

No Centro de Saúde de Leiria, do total de 10 112 fichas familiares existentes, estudou-se uma amostra de 100, tiradas ao acaso, verificando-se que só 11 estavam completamente preenchidas e em 89 só constava o nome e a composição familiar

(informação do dr. Marino Tralhão, delegado de Saúde).

No Centro de Saúde de Aljustrel, do total de 2500 fichas familiares existentes, estudaram-se também 100, tiradas ao acaso, verificando-se que 3 fichas só tinham registado o nome da família e que as restantes 97 tinham registado, além do nome, só a composição familiar (informação do dr. Mário Durval, director do Centro de Saúde).

Esta consulta mostrou que o preenchimento da ficha era muito deficitário, o que nos levou a abandonar a percentagem de fichas familiares completamente preenchidas como indicador dos cuidados globais nos centros de saúde.

O número de centros estudados era que de qualquer modo muito baixo (14) pelo que, entre Janeiro e Março de 1985, procurou conhecer-se a situação nos distritos, realizando-se contactos com 16 ARS e com os 40 centros de saúde participantes no projecto de investigação.

Os valores encontrados nesta segunda sondagem não são melhores que os anteriores, verificando-se que se mantinha a mesma situação em Viana do Castelo e que mais 4 distritos não prevêm o preenchimento da ficha familiar durante 1985: Santarém, Bragança, Faro e Castelo Branco. Nos restantes distritos contactados, existem centros de saúde em que a ficha familiar não será utilizada.

Resta saber a causa pela qual as fichas não são preenchidas. A primeira hipótese corresponde à conhecida resistência do pessoal para preencher impressos. Esta resistência encontra-se sobretudo no pessoal médico, mas não é este que preenche habitualmente a ficha familiar, que é aberta por um administrativo e actualizada nos seus diferentes componentes pelo pessoal de enfermagem.

A grande quebra no preenchimento das fichas familiares, impresso de utilização comum nos antigos centros de saúde da DGS, ter-se-ia verificado quando da integração com os postos dos SMS e consequente mudança de funções e métodos de trabalho do pessoal de enfermagem.

Médicos e enfermeiros deveriam ser os grandes utilizadores da ficha familiar. O problema em rela-

ção à ficha não será só o da falta de preenchimento, mas também, o de falta de hábito na utilização desta informação.

Nesse sentido convém salientar, como sendo coisas muito diferentes, a existência duma boa ficha; o seu preenchimento (adequado ou não); a presença da ficha familiar no momento da consulta ou da entrevista; e a utilização (correcta ou não) da informação que essa mesma ficha contém (*Figura 1*).

Vale a pena referir, por exemplo que no Centro de Saúde da Escola de Saúde Pública de Jerusalém, em Israel, a ficha familiar, preenchida em todos os seus itens na totalidade dos casos, não transita sistematicamente do arquivo para o consultório médico, só sendo consultada a pedido do clínico (informação do Dr. J. Gofin, *lecteur in Social Medicine*, Hebrew University) facto que pensamos diminuir apreciavelmente a sua eficácia como instrumento de trabalho.

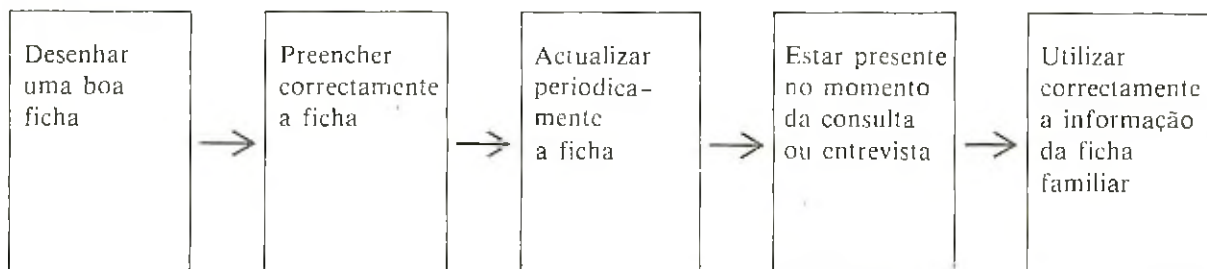
Já assinalámos, como uma das finalidades e vantagens da ficha familiar, o possibilitar o melhor conhecimento de cada um dos seus integrantes. É também uma vantagem, o permitir identificar famílias com problemas tais que possam ser consideradas em risco e exijam por isso cuidados ou atenção especial.

A identificação de sinais de risco para as famílias não é tarefa fácil, mas a ficha familiar deve ser estruturada de tal maneira que essas características ressaltem facilmente.

As classificações e as tipologias das famílias ajudam-nos nesse sentido e por isso apresentamos duas. Uma elaborada por Garcia (1984), a partir de famílias inscritas no Centro de Saúde de Sofia Abecassis (*Figura 2*) e a outra por Redick, citada em «*Indices Statistiques de la Santé de la Famille*» (OMS, 1970) (*Figura 3*).

A primeira identifica famílias vulneráveis, a partir de parâmetros demográficos, sócio-económicos e propriamente de saúde, permitindo uma abordagem muito completa; a segunda, mais simples e objectiva, relaciona a frequência de admissões em serviços de saúde mental com tipos de famílias.

**Figura 1**  
Dificuldades na implementação duma ficha familiar



O interesse destas classificações não é académico, mas altamente operativo, pois é através dela que mais facilmente poderemos elaborar uma boa ficha familiar e identificar as famílias em risco.

A individualização dos núcleos familiares em

risco pode ser feita através da quantificação dos sinais de risco e a sua combinação em forma de *score*, à semelhança do que tem sido feito, com êxito e enorme utilidade, no caso do APGAR dos recém-nascidos (*Figura 4*).

## Figura 2 Famílias vulneráveis

- I — Famílias compostas por pais jovens e filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- II — Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que, pelo menos, metade dos seus filhos, estejam sujeitos a insucesso escolar.
- III — Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.
- IV — Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
- V — Famílias, nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que, por isso, altere as relações intrafamiliares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).
- VI — Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Fonte: Garcia, 1984

## Figura 4 APGAR (avaliação da resposta respiratória)

### Método de avaliação

Aos 1, 5 e 10 minutos após o nascimento da criança (independentemente do cordão e da placenta), pesquisam-se os cinco sinais objectivos que se indicam, dando a cada um o valor de 0, 1 ou 2. Um total de 10 significa que a criança está nas melhores condições. Crianças com valores entre 5 e 10 não necessitam, geralmente, de qualquer tratamento. Um índice de 4 ou menos, indica a necessidade de um diagnóstico e tratamento imediatos. Cerca de 90% dos recém-nascidos normais devem ter um índice de 7 ou mais, um minuto após o nascimento.

O índice de Apgar deve sempre ficar registado.

Fonte: APGAR, 1973

SINAL	0	1	2
Frequência cardíaca	Ausente	Inferior a 100	Superior a 100
Respiração	Ausente	Lenta e irregular	Boa, com choro
Tonus muscular	Hipotonia	Ligeira flexão das extremidades	Movimentos activos
Resposta aos estímulos	Ausente	Choro	Choro vigoroso
Coloração da pele	Azul ou pálida	Corpo rosado, extremidades azuis	Completamente rosado

## Figura 3 Famílias em risco e admissões em serviços de saúde mental

GRUPO I (altas taxas de admissões)	Uma única pessoa Pessoas separadas ou divorciadas Figura feminina como chefe
GRUPO II (taxas pouco elevadas)	Marido — mulher 6 pessoas ou mais Filhos maiores de 16 anos saídos da família

Fonte: Redick, in OMS, 1970

A dificuldade é encontrar para a família dados objectivos, ou facilmente captáveis pelo técnico de saúde. Aliás, um dos inconvenientes da ficha familiar dos centros de saúde, é o preenchimento dos itens correspondentes às relações familiares, terreno sobre o qual o interrogatório é melindroso e é, por outro lado, muito influenciado pela subjectividade do interrogador.

Plejs e Satterwhite (1973), elaboraram um INDEX da função da família, que consiste em 15 perguntas possíveis de responder em 15 minutos, com as quais se pretende avaliar a interacção familiar nos seguintes aspectos: satisfação conjugal, frequência de desentendimentos, comunicação, solução de problemas e sentimentos de felicidade e intimidade. Este trabalho constituiu um antecedente importante para os elaborados posteriormente por Smilkenstein (1978).

Numa perspectiva de quantificação, Smilkenstein elaborou um questionário que pretende definir a maneira como são exercidas as funções da família, para ajudar os médicos que a devem orientar. Foi denominado APGAR familiar, para encorajar a sua utilização pela semelhança com o APGAR dos recém-nascidos e é formado por 5 perguntas, cada uma das quais corresponde ao que o autor

considera principais funções da família: adaptação, participação, crescimento, afecto e decisão, definidas da seguinte maneira:

**Adaptação:** utilização dos recursos, dentro e fora da família, para a solução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise.

**Participação:** partilha na tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família.

**Crescimento:** maturidade física e emocional e realização conseguida pelos membros da família, através do mútuo apoio e orientação.

**Afecto:** relações de cuidados ou ternura que existem entre os membros da família.

**Decisão:** compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. Implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

Para cada uma das funções descritas pretende-se avaliar como são compartilhados:

*Os recursos* — ou o grau de satisfação de um dos membros, pela assistência recebida quando tem de recorrer aos recursos da família (a adaptação).

*As decisões* — ou a satisfação de um membro da família pela reciprocidade na comunicação e pela solução dos problemas (participação).

**Figura 5**  
**APGAR Familiar**

APGAR familiar	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	_____	_____	_____
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	_____	_____	_____
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	_____	_____	_____
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	_____	_____	_____
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	_____	_____	_____

Resultado: O doente selecciona uma das três respostas, a que correspondem as seguintes pontuações: «Quase sempre» — 2 pontos; «Algumas vezes» — 1 ponto; «Quase nunca» — 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas. Uma pontuação global de 7 a 10 sugere uma família altamente funcional, de 4 a 6 uma família com moderada disfunção e de 0 a 3 uma família com disfunção acentuada.

Fonte: SMILKENSTEIN, 1978

A *educação* — ou satisfação desse membro da família pela liberdade concedida, no que respeita a mudança de funções, até se atingir o crescimento físico e emocional (crescimento).

As *experiências emocionais* — ou a satisfação de um membro com a intimidade e interação emocional que existe na família (afecto).

O *tempo, o espaço, o dinheiro* — ou a satisfação do membro da família com o aproveitamento do que os seus membros dedicaram à família (decisão).

É a partir destas 5 variáveis que Smilkenstein elaborou o questionário (*Figura 5*).

O APGAR familiar tem sido usado com êxito em serviços de saúde de alguns Estados dos EUA (Washington e alguns da Costa do Pacífico), no Canadá (Montreal) e, experimentalmente, em Israel. Ele é um instrumento útil para «determinar se a família é um recurso para o indivíduo ou se, pelo contrário contribui mais para a sua doença» (Horwitz, 1985).

Trata-se de uma abordagem interessante, mas dificilmente aplicável, actualmente, nos serviços de saúde portugueses: o médico de família não tem tido a implementação que se pretendia, o público não consegue uma relação médico-utente que permita um interrogatório fácil sobre estes assuntos e, sobretudo, os médicos não estão possivelmente motivados para perguntar e utilizar dados deste tipo.

Por outro lado, para que um APGAR familiar funcione realmente no contexto dos nossos centros de saúde, ele deveria basear-se, não em dados de auto-percepção, mas em elementos objectivos e de fácil observação pela equipa de saúde.

Tais elementos objectivos deverão caracterizar a composição familiar e os seus problemas sócio-económicos, de saúde, etc., bem como os diferentes momentos da sua história natural: formação, crescimento, apogeu, dispersão e desintegração.

Nesse caso, os dados recolhidos poderão combinar-se em *score* como no APGAR, para que a sua leitura permita classificar rapidamente os diferentes tipos de família e assim adequar tratamentos e seguimentos individuais ou/e colectivos. Naturalmente, os dados que integram o *score* evitarão a duplicação das variáveis em jogo.

A ficha familiar deveria atingir a sua finalidade com o mínimo de informação possível e com dados pertinentes, específicos e fiáveis. Ela deveria ser também actualizada periodicamente e, embora pareça desnecessário dizê-lo, utilizada.

A actualização da ficha prende-se com a sua gestão no centro de saúde e, em última instância, com a gestão global do centro de saúde. Deveria estar presente nos contactos de cada indivíduo com o centro, sejam eles consultas médicas, ou entrevistas de pessoal de enfermagem ou assistentes sociais. O lugar de arquivo da ficha: consultório médico ou arquivo central, ou a existência de fichas piloto de

família, são outros aspectos que será necessário definir para melhorar a sua utilização.

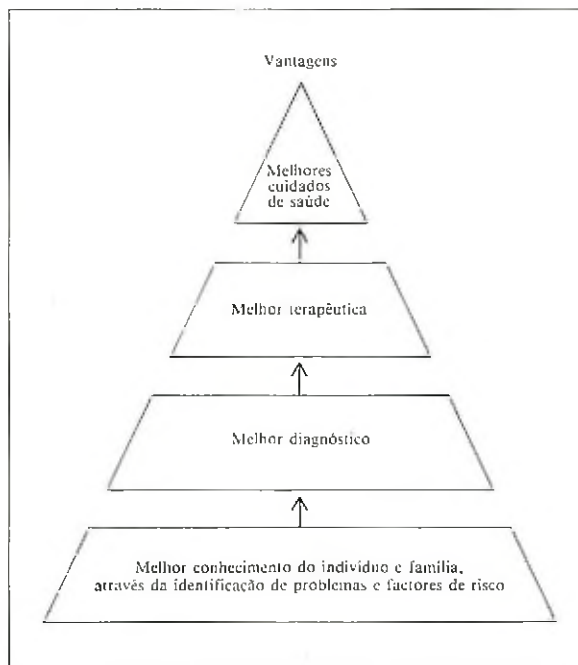
Em resumo, a ficha familiar é um instrumento que oferece informações importantes sobre a qualidade dos cuidados de saúde (*Figura 6*), devendo no entanto a sua implementação no actual contexto ter em consideração, entre outros, os seguintes aspectos:

— integração no novo sistema de informação dos centros de saúde, tendo em conta as suas principais finalidades, como por exemplo, o conhecimento do indivíduo e a identificação de famílias em risco. A ficha não deverá duplicar, mas sim complementar, a informação das restantes fichas.

— o funcionamento e a gestão dos centros de saúde deverão assegurar que a ficha familiar esteja sempre presente no momento oportuno (consulta, entrevista, etc.), e não apenas potencialmente disponível.

— uma correcta definição das funções do pessoal dos centros (pessoal médico, de enfermagem e

**Figura 6**  
**Ficha familiar**



administrativo), que contribua para o melhor funcionamento da ficha familiar.

— a motivação do pessoal face à ficha deverá ser assegurada, sendo para tanto necessário demonstrar que o seu preenchimento e utilização contribuem realmente para a melhoria dos cuidados. Deverão ainda ser empreendidas acções de formação tendo em vista o bom preenchimento (sobretudo por parte do pessoal administrativo e enfermeiros) e a boa utilização (sobretudo por enfermeiros e médicos) da ficha familiar.

A ficha familiar poderá constituir um contributo muito válido para a obtenção de cuidados de saúde globais, na medida em que permite aos seus utilizadores pôr em evidência a relação existente entre o estado de saúde da família e o dos seus integrantes.

Esta abordagem epidemiológica fundamenta-se na circunstância de, por um lado, o estado de saúde familiar se relacionar com o dos respectivos integrantes, enquanto, por outro, o modo como a família preenche as suas funções biológicas e sócio-económicas se reflecte sobre a saúde dos seus componentes. Trata-se de uma evidência que tem de ser recordada, recorrendo à similitude com as relações existentes entre um órgão doente e o organismo a que pertence. Mas ainda assim, entre o reconhecimento das vantagens da ficha e a sua implementação, há um longo caminho a percorrer.

## □ Bibliografia

- APGAR, V.:  
A proposal for a new method of evaluation on the newborn infant. *Current Res. Anesth. Analg.*, 32:260, 1973.
- BAUMAN, M. H.:  
Family process and family practice. *The Journal of Family Practice* 1 (2) 24, 1974.
- GONZALEZ-GARCIA, J. Ma:  
Colheita, análise e utilização de informação sobre a saúde da família num Centro de Saúde urbano. Trabalho final do Curso de Saúde Pública. ENSP, Lisboa, 1984.
- HORWITZ, N.; URZUA, R. F. e RINGELING, I.:  
Familia y Salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98 (2), Washington, 1985.
- IMPERATORI, E.:  
Indicadores de qualidade e serviços de Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Uma abordagem para a sua utilização. ENSP, Lisboa, 1984.
- OMS:  
Indices statistiques de la Santé de la famille. *Rapport Tech.*, 587 — OMS, Copenhagen, 1970.
- PLEJS, I. B. e SATTERWHITTE, B.:  
Family function and family problems. In Haggerty, R. J.; Roughman KJ, Pless IB (eds.). *Child Health and the Community*. John Wiley and Sons, N. York, 1973.
- RICHARDSON, H. R.:  
Patients have families. Commonwealth Found, Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1984.
- SMILKENSTEIN, G.:  
The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6 (6), 1978.
- STRUSS, M. A.:  
Family Measurements Techniques: Abstracts of published instruments 1935-1965. University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota, 1969.

## □ Résumé

### FICHE FAMILIALE DE SANTÉ: AVANTAGES ET DIFFICULTÉS

Les finalités et le degré d'utilisation d'une fiche familiale à l'usage des services de soins de santé primaires, sont présentés dans la première partie de cet article.

Ensuite, l'auteur analyse quelques avantages de ce type d'enregistrement de données et fait des exemples concernant les modèles de fiche les plus opérationnels.

Finalement, les obstacles au développement de ce système dans les services de soins de santé primaires au Portugal et quelques mesures destinées à les surmonter, sont mis en discussion.

## □ Summary

### HEALTH FAMILY RECORDS: ADVANTAGES AND PROBLEMS

The objectives and purpose of family records in health centres are defined, followed by an evaluation of the degree to which they are used.

Some advantages of this type of record are presented together with examples of the more operational type of records that exist.

Finally, the main difficulties encountered in the implementation of a system of family records in health centres throughout Portugal are discussed, followed by an indication of some measures to overcome such difficulties.