

**DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA –
CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

Mestrado de Enfermagem de Saúde familiar

Eva João de Jesus Santos

Leiria, setembro de 2019

**DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA –
CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS**

Eva João de Jesus Santos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Leiria para a obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

Orientadora: Professora Doutora Carolina Henriques, Professora Adjunta na Escola Superior
de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria.

Leiria, setembro de 2019

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos, sem os quais não seria possível se ter tornado uma realidade, perante os quais ficarei eternamente grata.

À professora Doutora Carolina Miguel da Graça Henriques, pela sua orientação, total apoio, disponibilidade, pelo saber transmitido, colaboração na superação de problemas e obstáculos, que surgiram ao longo da realização deste trabalho, por todas as palavras de incentivo e pelo sentido de humor, muito obrigada.

À minha família, especialmente ao meu marido, aos meus filhos, pela compreensão e apoio, aos meus pais, pela ajuda, colaboração e disponibilidade demonstradas, e outros familiares pelo apoio e incentivo.

À Tânia, companheira nesta batalha, pelo incentivo, ajuda, apoio, nos momentos mais sinuosos deste percurso.

Aos meus colegas de trabalho e superiores pela disponibilidade, colaboração e pelas palavras de incentivo e apoio.

RESUMO

Nos últimos anos, alterações políticas e sociais, levaram ao aparecimento de novas necessidades no seio familiar. A enfermagem não ficou alheia a tais factos e tentou corresponder a esses dilemas. Na abordagem à família, é essencial o enfermeiro ter ferramentas que o orientem e dotem de capacidades, de modo a entender as dinâmicas internas da família e que a possa auxiliar no seu percurso de vida. É neste contexto que surge o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), uma ferramenta importante na prática de enfermagem de saúde familiar. Como tal, é fulcral investigar o impacto de um programa de intervenção, no desenvolvimento de conhecimentos e competências na avaliação familiar pelo MCAF.

Este estudo tem como objetivos identificar as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar (USF) da região Centro de Portugal, conhecer a importância atribuída à família pelos enfermeiros que integram essa unidade; identificar os conhecimentos dos profissionais sobre Avaliação Familiar; avaliar o impacto da aplicação de um programa de desenvolvimento de conhecimentos e avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar, dos enfermeiros através do uso do MCAF.

Este estudo é do tipo quase-experimental, com desenho pré teste e pós teste, sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal. Foi desenvolvido com um grupo de enfermeiros, sendo a amostra constituída por 8 enfermeiros, com dois períodos de recolha de dados - uma avaliação inicial, seguida de um programa de intervenção, e por último uma avaliação final. Para a realização do mesmo foi utilizado um instrumento de colheita de dados nos dois períodos de avaliação. Este instrumento é composto por um questionário onde são avaliadas as características sociodemográficas, profissionais, as atitudes dos enfermeiros face à importância atribuída à família nos cuidados de enfermagem (IFCE-AE), bem como os conhecimentos e competências dos enfermeiros na avaliação familiar pela aplicação do MCAF.

Através da aplicação da versão modificada da Escala IFCE-AE observa-se que o grupo de enfermeiros possui atitudes de suporte em relação à família. Verifica-se ainda existência de diferenças estatisticamente significativas, a nível de conhecimentos bem como nas competências, sobre avaliação familiar pela aplicação do MCAF, nos enfermeiros que

integram uma (USF) da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de intervenção.

Com este estudo, conclui-se que através da implementação de programas interventivos na avaliação familiar pela aplicação do MCAF, ocorre transferência de conhecimentos e desenvolvimento de competências nos profissionais de enfermagem, contribuindo assim favoravelmente à abordagem sistémica da família.

Palavras chave: Enfermagem Familiar; Famílias; Capacitação; Enfermeiros; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

In recent years, political and social changes have led to the emergence of new needs within the family. The nursing has not been excluded to these facts and tried to correspond to these dilemmas. In the approach to the family, it is essential nurses have tools that guide and transfer skills in order to understand the internal dynamics of the family and that may assist in their life cycle. It is in this context that the Calgary Family Assessment Model (MCAF) emerges, an important tool in family health nursing practice. As such, it is crucial to investigate the impact of an intervention program on the development of knowledge and skills in family assessment by MCAF.

This study aims to know the sociodemographic and professional characteristics of nurses who are part of a Family Health Unit (FHU) in the Central Portugal region, to know the importance attributed to the family; identify the knowledge of professionals about family assessment; assess the impact of applying a knowledge development program, and to evaluate the impact of an expertise development program in family assessment, through the use of MCAF.

This is a quasi- experimental study with a pre-test and post-test design, without control group, with quantitative and longitudinal character. It was developed within a group of nurses, and the sample consisted of 8 nurses, with two data collection periods - an initial evaluation, followed by an intervention program, and with a final evaluation at the end. A data collection instrument was used in both evaluation periods. This instrument is composed of a questionnaire which evaluates the sociodemographic characteristics, professionals, nurses' attitudes towards the importance attributed to the family in nursing care (IFCE-AE), as well as nurses' knowledge and skills through family assessment by the application of MCAF.

By applying the modified version of the IFCE-AE scale, it is observed that nurses' group has supportive attitudes towards the family. Moreover, statistically significant differences are observed at skills and knowledge on family assessment by applying the FHH, in nurses who are part of a (USF) of the Central Region of Portugal, before and after implementation of the intervention program.

This study concludes that through the implementation of interventional programs in family assessment, by the application of MCAF, there is knowledge transference and development of skills in nursing professionals, thus contributing favorably to the systemic approach of the family.

Keywords: Family Nursing; Families; Training; Nurses; Nursing care.

ÍNDICE

RESUMO	III
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VII
ÍNDICE DE QUADROS	X
ÍNDICE DE FIGURAS	XI
ÍNDICE DE TABELAS	XII
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS.....	XIV
INTRODUÇÃO	15
PARTE I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
1. FAMÍLIA	20
2. ABORDAGEM SISTÊMICA DA FAMÍLIA	24
3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	29
3.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA	30
3.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	32
3.2.1. Contributos dos modelos teóricos de enfermagem.....	33
3.2.2. Contributos das Teorias das Ciências Sociais da Família	35
3.2.3. Teorias das Terapias Familiares.....	37
4. DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA	40
4.1. MODELO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR DE CALGARY ...	43

5. A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS SEGUNDO BENNER	47
6. ESTUDOS EMPÍRICOS	54
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	58
1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
1.1. TIPO DE ESTUDO	60
1.2. OBJETIVOS	61
1.3. HIPÓTESES	62
1.4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	62
1.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	68
1.6. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO.....	70
1.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISES DE DADOS	71
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	73
2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA	73
2.2. RESULTADOS RELATIVOS À IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA PELOS ENFERMEIROS QUE INTEGRAM UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL.	74
2.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA ANTES E APÓS O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	76
2.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA E SOBRE A AVALIAÇÃO FAMILIAR PELA	

APLICAÇÃO DO MODELO DE CALGARY ANTES E APÓS O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO	77
2.5. TESTE DE HIPÓTESES	77
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	80
CONCLUSÃO	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
APÊNDICES	
Apêndice I – Questionário	
Apêndice II - Autorização ao coordenador da unidade de saúde onde decorreu o estudo	
Apêndice III - Autorização ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde a que a unidade de saúde pertence	
Apêndice IV - Autorização de utilização da Escala da IFCE-AE (2011)	
Apêndice V – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	
Apêndice VI- Projeto de investigação elaborado para a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	
Apêndice VII - Documento de Informação ao Participante relativa à investigação	
Apêndice VIII - Consentimento informado	
Apêndice IX - Plano de intervenção	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Acontecimentos históricos que contribuíram para a Evolução da Enfermagem Familiar aos olhos da autora.....	32
Quadro 2 - Contributos dos Modelos Teóricos de Enfermagem para a Enfermagem de Saúde Familiar.....	34
Quadro 3 - Teorias das Ciências Sociais Familiares Utilizadas na Prática de Enfermagem Familiar.....	37
Quadro 4 - Níveis de competências de Enfermagem de Família.....	51
Quadro 5 - Níveis de prática de enfermagem familiar	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fontes Conceptuais de teorias emergentes da Enfermagem de Família	33
Figura 2: Esquema do estudo a desenvolver	60
Figura 3: Esquema da análise de conteúdo de Bardin	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Dimensões da Escala IFCE-AE (2009)	66
Tabela 2 - Dimensões da Escala FINC-NA (2011).....	66
Tabela 3 – Análise da fiabilidade do estudo atual e a comparação com a versão FINC-NA (2011)	67
Tabela 4 - Teste da Normalidade (Shapiro-Wilk).....	71
Tabela 5 - Caracterização da amostra face à idade	73
Tabela 6 - Distribuição da amostra face aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros	73
Tabela 7 - Caracterização da amostra face à experiência profissional dos enfermeiros	74
Tabela 8 - Distribuição da amostra face à perceção dos profissionais acerca enfermagem de família.....	75
Tabela 9 - Distribuição da amostra face à perceção dos enfermeiros sobre condições importantes para a prática de enfermagem com as famílias.	76
Tabela 10 - Caracterização da amostra face à escala IFCE-AE versão em atualização (2011) e respetivas dimensões.....	76
Tabela 11 - Caracterização da amostra face à avaliação de Conhecimentos dos enfermeiros antes e após o programa de intervenção.....	77
Tabela 12 - Caracterização da amostra face à avaliação de competências dos enfermeiros antes e após o programa de intervenção.....	77
Tabela 13 - Aplicação do teste estatístico de T de Student para amostras relacionadas face à avaliação de Conhecimentos dos enfermeiros de uma USF da região centro do país antes e após o programa de intervenção	79

Tabela 14 - Aplicação do teste estatístico de T de Student para amostras relacionadas face à avaliação de competências dos enfermeiros de uma USF da região centro do país, antes e após o programa de intervenção	79
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DVD – Disco video digital

FINC-NA - Families Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes

FSN - Enfermagem em sistemas familiares

ICN - International Council of Nurses

IFCE-AE – Importância da família nos cuidados de enfermagem atitudes dos Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCAF - Modelo de Calgary de Avaliação Familiar

MCIF – Modelo de Calgary de Intervenção na Família

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OE- Ordem dos Enfermeiros

SAPE® - Suporte de Apoio à Prática de Enfermagem

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

“Falar de família é simultaneamente falar do que sentimos e do que sabemos: do que sentimos uma vez que todos nós temos uma família e cada um de nós é capaz de identificar quais as pessoas a que chama a sua família; do que sabemos dado que, ao longo dos tempos, cada cultura, cada disciplina científica, cada área da sociedade criou a sua própria definição de família originando uma multiplicidade de conceitos, cada um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi tomando.” (OE, 2008).

Nos últimos tempos, com as transformações políticas sociais, económicas e demográficas, as famílias têm sofrido alterações na sua tipologia, levando ao aparecimento de novas configurações, sendo exemplo disso a proliferação de famílias monoparentais, dos casais, sem filhos, vários tipos de uniões, bem como o aumento do número de pessoas a viverem sós.

Contudo apesar destas novas formas de família, a função de suporte e apoio psicológico, em situações de stress a que o indivíduo está sujeito, persiste inalterável (Fernandes, 2015). Família e enfermagem, são velhos conhecidos, que caminharam de mãos dadas, desde os tempos da génese da enfermagem, ou não fora no seio da família, onde os cuidados de enfermagem eram prestados. Porém com a evolução da enfermagem, o aparecimento de novas formas de organizações de saúde como hospitais, fatores demográficos, económicos políticos e sociais, conduziram a que esta proximidade se esvanecesse em alguns momentos. Esses mesmos processos de transformação da sociedade, conduziram ao brotar de novas necessidades no seio do familiar, de modo que a enfermagem não ficou alheia a estes factos, ao longo da sua história, como ciência sempre demonstrou a sua preocupação pela família. Foi nos últimos 30 anos, que a especialidade de enfermagem de saúde familiar, se tem vindo a desenvolver verdadeiramente. No nosso país foi recentemente criada esta especialidade, tendo a Ordem dos Enfermeiros definido as competências específicas da Especialidade de Enfermagem e Saúde Familiar em novembro de 2017.

“As famílias são complexas e dinâmicas e constituem um enorme desafio para os enfermeiros. Ao conhecer a sua história, os seus recursos, as suas crenças e valores, o seu estilo de comunicação, a sua capacidade de tomar decisões, os enfermeiros podem constituir um recurso fundamental para apoiar, as suas escolhas e ajudá-las a reforçarem-se perante os momentos de crise que podem constituir-se como momentos de crescimento e gratificação familiar.» (Barbieri-Figueiredo, 2011, p.47).

A mesma autora acrescenta ainda que para que isto seja um facto, é imprescindível que haja investigação, formação, bem como a disseminação de boas práticas de enfermagem de família.

Desta forma na abordagem à família, é importante o enfermeiro possuir ferramentas, que o orientem e dotem de capacidades, de modo a entender as dinâmicas internas da família e a possa auxiliar no seu processo de desenvolvimento ao longo da vida. É neste contexto que surge o modelo de avaliação familiar de Calgary, como importante utensílio na prática de enfermagem de saúde familiar. Atendendo que, segundo o Modelo de aquisição de competências de Benner: "...com a experiência e o domínio, a competência transforma-se." (Benner, 2001, p.63) consideramos assim ser pertinente investigar o impacto de um programa interventivo no desenvolvimento de conhecimentos e competências na avaliação familiar, uma vez que a maioria dos enfermeiros dos enfermeiros atualmente em Portugal, não tiveram na sua formação de base contacto com instrumentos de avaliação e intervenção na família. Confiantes que o enfermeiro ao adotar uma abordagem à família, utilizando como referência o modelo de Calgary de avaliação familiar, reverterá de uma forma mais rápida ou menos célere, em ganhos em saúde às famílias por ele cuidadas.

Assim pretendemos com esta investigação, conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da região Centro de Portugal, bem como conhecer a importância atribuída à família, pelos mesmos enfermeiros, identificar os conhecimentos desses profissionais de enfermagem sobre Avaliação Familiar através da aplicação do Modelo de Calgary. Constituem também como objetivos deste estudo: avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal e avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram essa unidade de saúde familiar. Para tal delineamos como questões a investigar: quais são as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal? Qual é a importância atribuída à família dos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal? Quais são os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, sobre Avaliação Familiar pela aplicação do

Modelo de Calgary? Qual é o impacto de um programa de desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal? Qual é o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal?

Esta investigação decorreu numa unidade de saúde da região centro do país, tratando-se de um estudo quase-experimental, com desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal, utilizando como instrumento de colheita de dados um questionário, autoadministrado realizado antes do programa de intervenção e um mês após o mesmo.

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes distintas. A primeira parte composta por cinco capítulos.

No primeiro capítulo, denominado por: «Família», abordamos os diferentes conceitos de família e tipologia.

Segundo capítulo, consignado a: «Abordagem sistémica da família», é focado na abordagem sistémica à família conceitos e princípios.

O terceiro capítulo intitulado: «Enfermagem de saúde familiar», onde é abordada a evolução histórica da mesma, bem como os fundamentos teóricos e conceptuais da enfermagem de família.

No quarto capítulo designado por: «Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família» são desenvolvidos conteúdos como o processo de enfermagem à família e fases do mesmo, bem como é abordado o Modelo de Calgary de avaliação familiar e suas dimensões.

Quinto capítulo, intitulado: «A aquisição de competências segundo Benner», é desenvolvido o Modelo de aquisição de competências de Benner, e sua aplicação à prática de enfermagem com as famílias.

No sexto capítulo, denominado por «Estudos empíricos», são apresentados alguns estudos desenvolvidos nesta área, de enfermagem de saúde familiar.

A segunda parte deste estudo é composta por três capítulos. No primeiro capítulo denominado por enquadramento metodológico, são abordados a tipologia do estudo, objetivos, hipóteses,

caracterização da população e amostra, procedimentos formais e éticos, bem como programa de intervenção e por último os procedimentos de análises de dados. No segundo capítulo é feita apresentação dos resultados alcançados. O terceiro capítulo intitulado por «Discussão dos resultados» onde os dados obtidos são confrontados com os de estudos semelhantes.

Por último terminamos com a conclusão onde sintetizamos a ideias chaves que submergem desta investigação, as dificuldades e limitações, bem como sugestões e recomendações.

PARTE I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. FAMÍLIA

A palavra família no sentido etimológico tem origem no latim *Famulus* e significava servo ou escravo doméstico, diferindo muito do conceito atual da palavra.

Existem inúmeras definições de família, resultando das diferentes ciências que estudam a família, tais como psicologia, sociologia e economia. Estas, têm contribuído para as transformações sofridas pelo conceito de família ao longo dos anos nas diferentes culturas.

Segundo Hanson (2005) as aceções de família têm-se focado em vários aspetos, de concordância com o paradigma da respetiva área. Sob o ponto de vista legal, atribui-se às relações estabelecidas pelos laços de consanguinidade, adoção, tutela ou casamento. Na área da Biologia, atribui-se às redes genéticas biológicas entre as pessoas. Na Sociologia, define-se como um grupo de pessoas coabitam no mesmo espaço. Em Psicologia, considera esta como grupos em que existem fortes laços emocionais.

Até à década de 70 as concepções de família adotada pelos estudiosos da área das ciências sociais da família enalteciam aspetos legais dos laços de sangue e segundo Hanson (2005) citando teóricos como Burgess e Locke (1953), definem-na como:

...”um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue ou adoção, constituindo um único lar, interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã; criando e mantendo uma cultura comum” (Hanson, 2005), p.6).

Nos anos 80 surgem então conceitos mais expansivos sobre a família, contribuindo para tal os primeiros organismos oficiais de enfermagem com famílias, indo assim, além dos atributos sanguíneos, legais e de casamento. É exemplo disso a definição adotada pelo departamento de Enfermagem de Família da Universidade de Ciências da Saúde de Oregon (1985), onde ela é reconhecida como um sistema social, composta por duas ou mais pessoas pressupondo coexistência dentro do contexto de algumas expectativas de afeição e responsabilidade mútuas, de duração temporária, envolvendo compromisso, tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos.

Tal como é referido Gimeno (2003), o conceito de família é heterogéneo, divergindo ao longo do tempo e nas diferentes culturas, traduzidos em diversos modelos familiares.

Com a evolução dos diferentes contextos, sociais, políticos, económicos, mais especificamente, o envelhecimento demográfico, diminuição da taxa de fecundidade, e novas formas de união, numerosas transformações ocorreram no seio da família, reflexivas duma sociedade moderna (Fernandes, 2015).

O International Council of Nurses (ICN) define família como: “grupo ou unidade funcional todo coletivo composto por pessoas ligadas por consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado um sistema que é maior que a soma das partes” Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (CIPE, 2015 p.143).

“Família refere-se a dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos.” (Hanson, 2005, p. 6).

Relvas (2000, p.9) define família como sendo um “... contexto natural para crescer...” envolvendo complexidade e uma teia de laços sanguíneos e afetivos, geradora de amor e sofrimento. Encara-a mesmo como um emaranhado de conceitos, questões, contradições e mesmo paradoxos.

“A família representa o pilar fundamental das sociedades humanas, na realidade, ela constitui a primeira base na qual a maioria dos seres humanos constrói a sua personalidade... constitui célula fundamental e valor inalienável da sociedade, assim reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem que atesta a importância que a mesma assume no desenvolvimento da pessoa humana.” (Martins, Fernandes, & Gonçalves, 2012, p. 686).

Alarcão (2000), acrescenta que se trata de um local privilegiado para a vivência e aprendizagem de dimensões significantes da interação como a linguagem, comunicação, contactos corporais e relações interpessoais.

“É na família, não importa que tipo seja, que as pessoas crescem; nutrem-se física, psicológica e socialmente; ganham um sentido de si e de coletividade enquanto uma unidade cultural familiar; cultivam crenças e valores acerca da vida e progredem ao longo do ciclo vital...” (Martins, et al, 2012, p. 686).

Tal como Relvas (2000, p.9) refere, “...família Vive-se. Conhece-se. Reconhece-se”. Wright e Leahey (2011) defendem, que sobretudo interessa saber e respeitar que família, é quem a pessoa diz que é. A evolução dos contextos históricos e socioculturais conduziu a família a uma panóplia de transformações, expressas em mudanças na sua estrutura, papéis e funções. De entre as novas configurações de organização familiar, evidenciam-se as famílias monoparentais e as famílias reconstituídas, que envolvem adultos e crianças sem laços sanguíneos.

Assim, passámos de um tradicional clã familiar para um sobre investimento na família nuclear. Para tal situação contribuíram vários acontecimentos, como a igualdade e emancipação da mulher no mercado de trabalho, a desagregação das famílias alargadas, o precário mercado laboral, a solidão das grandes cidades, bem como o individualismo (Fernandes, 2015).

Através dos dados facultados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (INE, 2018) as últimas décadas em Portugal, mais especificamente no período de 1992 a 2018, verifica-se um envelhecimento demográfico, as famílias são menos numerosas, o casal continua a ser a forma de organização familiar predominante, mas tem vindo a perder terreno, tendo aumentado as famílias monoparentais, quase duplicaram, pessoas que habitam sós duplicaram, enquanto os casais sem filhos tiveram um aumento a rondar os 50%.

Existem várias denominações de família, conforme a sua composição o ICN, através da CIPE (2015), define várias conformações familiares:

- Família nuclear: constituída por marido, esposa e um ou mais filhos;
- Família monoparental: composta por figura parental única; pai, mãe ou outro cuidador e a presença de um ou mais crianças ou outros dependentes;
- Família alargada: grupo que envolve além dos pais e filhos, exemplo: avós tios, primos.

Além destas configurações existem ainda:

- Famílias reconstituídas: famílias em que um dos cônjuges, ou ambos, são divorciados e coabitam filhos de pelo menos um dos progenitores.
- Homossexuais: constituída por cônjuges do mesmo sexo e seus filhos.
- Comunas: grupos de pessoas que coabitam, com objetivo de vida em comum, congregações, irmandades, etc.

Nos últimos tempos, temos sido confrontados com novas configurações familiares, contudo esta diversidade não lhe vem de modo nenhum retirar o protagonismo que esta unidade tem no bem-estar dos elementos que a compõem, pois é na família que crescemos, nos sustentamos física, psicológica e socialmente. Nela adquirimos a nossa identidade individual e coletiva não esquecendo que é nesta que se transmitem crenças, valores que nos acompanham ao longo da vida, bem como nos momentos de maiores dificuldades. É lá que nos refugiamos e recarregamos para as novas batalhas, sendo que os enfermeiros enquanto prestadores de cuidados de enfermagem, devem reconhecer-lhes estas vicitudes, e utilizar este recurso valioso nas suas práticas de enfermagem.

2. ABORDAGEM SISTÉMICA DA FAMÍLIA

A teoria dos sistemas tem sido dentro de todas as teorias a que adquiriu maior protagonismo no que diz respeito ao estudo e compreensão das famílias. É originária da física e da biologia através do estudioso Bertalanffy. Surge num período em que a ciência se encontra em “crise”. Até aqui era analisado o objeto em si até à exaustão, descurando a relação do mesmo com outros objetos. Segundo Relvas (2003) este teórico introduz o conceito de sistema, como um conjunto de elementos em inter-relações recíprocas incluindo em simultâneo função e estrutura.

Da aplicação deste conceito para a família, surge uma nova conceção, da família: “... um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantem o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios de evolução diversificados.” (Sampaio & Gameiro, 1985 pp.11-12).

A família é vista como um sistema, um todo, uma globalidade que só nessa perspetiva pode ser compreendida. É também vista como emergência dos elementos que a compõem, tornando-a uma e única (Relvas, 2000).

Enquanto sistema é composto por objetos seus atributos e relações, constituída por vários subsistemas, e faz parte integrante de outros sistemas, neste caso suprassistemas, todos eles relacionados e organizados hierarquicamente. É possuidora de limites ou fronteiras que a individualizam do meio envolvente (Alarcão, 2000).

Este modo de organização e relacionamento de subsistemas, suprassistemas e denomina-se por hierarquia sistémica. O que delimita estes sistemas e subsistemas são os papéis, funções e normas desempenhados pelos indivíduos.

Na perspetiva sistémica a família tem de ser vista como um sistema que apoia uma estrutura hierárquica dos seus membros, constituída em subsistemas, ou seja, um sistema dentro de outros sistemas e ela própria contendo outros sistemas com regras que regulam o relacionamento entre os membros da família (Dias, 2011).

Como sistema aberto esta é dotada da propriedade da totalidade, ou seja, a família é diferente da soma das suas partes, cada um dos seus membros influencia os outros, ou seja, o

comportamento de um membro é indissociável dos outros, e o que acontece ao mesmo, afeta toda a família (Alarcão, 2000).

Dota também da propriedade de equifinalidade, resultante da capacidade que a família dispõe para se organizar em torno de um objetivo, condições iniciais idênticas não significam resultados finais iguais, e vice-versa.

Retroação é outra das características familiares, em que o comportamento de um dos seus elementos não é suficiente para explicar o comportamento de um outro elemento, implica utilizar uma abordagem circular de interações, o sistema familiar reage à informação proveniente dos seus elementos e do ambiente, alterando o seu comportamento de forma a assegurar a sua continuidade.

Possui também a propriedade de auto-organização, ou seja, é autónoma na gestão da informação recebida, do exterior, integrando-a o sistema cria as suas próprias determinações e das suas próprias finalidades. Assim, com a informação recebida do interior ou exterior do sistema, de uma forma autónoma e espontânea, modifica a sua estrutura, de modo a permitir criar as condições necessárias à sua sobrevivência, ou de permanecer idêntico (Alarcão, 2000).

O princípio hologramático refere-se ao facto de a família na sua constituição existirem totalidades mais pequenas, os subsistemas, sendo partes do todo. Neste caso o indivíduo é uma parte da família e da comunidade onde vive, mas ao mesmo tempo ele vive e reconhece-se nestes mesmos sistemas. Pode-se trabalhar apenas com um elemento da família, para intervir no todo.

Na abordagem sistémica a família deve ser vista como um sistema que ampara uma estrutura hierárquica dos seus membros, constituída por subsistemas, ou seja, um sistema dentro de outros sistemas e ela própria contendo outros sistemas com regras que regulam o relacionamento entre os membros da família (Dias, 2011).

Cada elemento da família participa em diversos sistemas e subsistemas, desempenhando em simultâneo, diversos papéis em diferentes contextos, implicando outros tantos estatutos, funções e tipos de interação. Distinguem-se vários subsistemas: o individual, além deste, no sistema familiar ainda ocupa outros papéis conforme a sua posição, o sistema parental, o conjugal, o fraternal (Relvas, 2000).

Subsistema conjugal - engloba a presença do eu, tu, e nós, marido e mulher. Surge quando dois adultos se unem numa relação interdependente e complementar, formando um casal.

Subsistema parental – envolve funções executivas, a função de proteção e educação das gerações mais novas, maioritariamente desempenhado pelos pais.

Subsistema fraternal – composto pelos irmãos, detém funções específicas, no que concerne ao treino das relações entre os pares.

A forma como se organizam estes subsistemas, o tipo de relações que se estabelecem entre eles e no interior de cada um, coincide com a estrutura da família, ou seja a organização dos seus elementos e respetivas funções e papéis, “quem, com quem, para fazer o quê, como quando e onde” (Relvas, 2000).

A organização do sistema familiar, refere-se ao conjunto das relações que a constituem, ou seja a forma como se relacionam entre eles, envolve a historia familiar, segredos e mitos familiares, bem como a forma como ela se relaciona com o meio envolvente. A estrutura familiar é o conjunto de relações que se estabelecem em cada etapa da vida da família e que lhe vão conferindo configurações particulares sem nunca lhe modificar a identidade básica (Alarcão, 2000).

“a família enquanto sistema aberto transforma-se numa unidade funcional para os seus membros, ao permitir o seu desenvolvimento e bem-estar através do intercâmbio entre o sistema familiar e o exterior, possibilitando que cada membro tenha as suas formas de se movimentar, realizar tarefas e funções que conduzem ao seu crescimento. Todos os sistemas têm fronteiras que os ligam ao exterior sobre o qual atuam, sendo também influenciados pelo meio que os cerca. Estes dois sistemas estão sempre em transformação, são flexíveis adaptam-se e por isso complementam-se” (Dias, 2011 p.150).

Alarcão (2000) acrescenta, que os limites poderão ser considerados linhas divisórias invisíveis que permitem regular a informação entre a família e o exterior, bem como entre os diversos subsistemas visando proteger a diferenciação do sistema e dos seus membros, como tal estes podem adotar várias formas. A mesma autora citando Minuchim (1979), distingue 3 tipos de limites: claros, difusos e os rígidos. Os limites claros, delimitam o espaço e funções de cada membro ou subsistema, permitem a troca de influências entre os mesmos. Os limites difusos, são compreendidos por uma enorme permeabilidade entre os sistemas, o que compromete a

diferenciação dos subsistemas. Limites rígidos, são caracterizados por serem muito vinculados, dificultando a comunicação e compreensão recíprocas.

Ao longo da vida familiar estes limites vão-se abrindo ou fechando, entre a família e o meio envolvente, ou entre os subsistemas que a compõem, conforme a fase de desenvolvimento que a família se encontra. Ainda a partir da diferenciação e permeabilidade dos limites foram consideradas dois tipos de famílias.

Segundo Relvas (1982), quando os limites entre os indivíduos são pouco claros, as personalidades dos diferentes membros pouco diferenciados entre si, numa espécie de eu familiar indiferenciado, estamos presentes de uma família emaranhada. Se por outro lado, cada um dos membros é de tal maneira independente, em relação aos outros, em que os limites individuais são bem marcados e, tem uma vida no exterior da família muito intensa, satisfazendo a maior parte das suas necessidades, afetivas, sociais, culturais, em que praticamente não existe uma vida relacional própria na família, temos uma família desmembrada.

Segundo a teoria geral dos sistemas, a família como sistema aberto, é constantemente estimulada e reage a esses estímulos ambientais. A função da família é a adaptação ao ambiente. Para que esta adaptação se concretize, as fronteiras familiares têm de estar abertas para que os indivíduos possam interagir com a comunidade em que estão inseridos (Sorensen & Lukmann, 1999). Contudo Relvas (2003), acrescenta que a família deve procurar responder a dois objetivos fundamentais, permitir o crescimento e individuação dos seus membros e em simultâneo, inculcar um espírito de pertença. Por outro lado, deve promover a integração destes no contexto sociocultural onde pertencem, não seja a família um agente de sociabilização privilegiado.

Por outro lado, a família move-se ao longo do tempo de duas maneiras. No movimento sincrónico, do aqui e agora, que diz respeito ao espaço relacional da família, traduzido na estrutura familiar, nas relações entre os seus membros, na distribuição de poder, nas alianças estabelecidas, na organização hierárquica, tipos de comunicação utilizados, na forma como estão definidos os limites entre os subsistemas, formulam-se assim as hipóteses estruturais. traduzida no mapa familiar, ou ecomapa.

A família move-se também no eixo diacrónico, ou seja, o eixo do tempo familiar. Representa a história da família ao longo do tempo, etapas de desenvolvimento e pela história de

gerações. Envolve mitos, segredos, nascimentos, mortes, casamentos, separações acontecimentos relevantes da família.

Neste eixo conciliam-se dois tipos de movimentos, a evolução do sistema familiar, traduzida em mudanças de segunda ordem (envolvendo transição para algo novo), e a conservação do sistema familiar através das mudanças de primeira ordem (pequenos reajustes). A integridade do sistema familiar depende do equilíbrio entre estes dois tipos de movimentos, conforme a fase do ciclo vital que a família se encontre, ocorrerá uma maior ou menor abertura para o exterior. Este eixo é traduzido através do genograma.

3. ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

A evolução nas últimas décadas, tem provocado impacto em várias áreas, repercutindo-se ao nível da saúde, do social, do laboral, da educação, investigação, enfim da sociedade em geral, como tal, o sistema familiar não foi imune a estas transformações.

Alterações políticas e sociais, como a igualdade da mulher e integração no mercado de trabalho, o desmembramento de famílias alargadas, deficiente mercado laboral, solidão e individualismo, provocaram mudanças na estrutura e função familiar.

Tais acontecimentos conduziram ao brotar de novas necessidades no seio da família, de modo que a enfermagem não ficou alheia a estes factos, tal como as outras ciências sociais, ao longo da sua história, como ciência sempre demonstrou a sua preocupação do «pensar em família».

Nos modelos teóricos clássicos de enfermagem não era clara a alusão da enfermagem à família, com a evolução, as teorias e modelos de enfermagem foram anexando conceitos essenciais nas práticas de enfermagem à família.

Apenas na década de 90 é que a especialidade de Enfermagem de Saúde da Família se tem vindo a impor, tornando-se num foco específico para a prática de enfermagem, cruzando-se com várias especialidades, encontrando-se ainda numa fase muito precoce do seu desenvolvimento como especialidade distinta (Hanson, 2005).

Figueiredo (2013) define enfermagem de família como um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Tem vindo a ser desenvolvido no domínio teórico, através da emergência de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar, enfatizando a família enquanto objeto de estudo.

Hanson (2005) define enfermagem de saúde familiar, como:

“o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem... pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade” (Hanson, 2005, p.8).

Este conceito distingue, portanto, vários tipos de abordagem da família. Para Friedman, Bowden e Jones (2003), existem vários níveis de prática de enfermagem de cuidados à família:

NÍVEL I - família como contexto, indivíduo como cliente: em que o foco é cada um dos membros da família; a família é um recurso e fator contextual.

NÍVEL II - família como soma das suas partes: o foco são cada um e todos os diferentes elementos da família.

NÍVEL III – subsistema familiar como cliente/foco dos cuidados: o foco são os subsistemas familiares - trabalho com 2 ou mais elementos para obter compreensão e apoio.

NÍVEL IV – família como cliente onde o alvo é a família como sistema interativo: o foco são as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura, funcionamento e o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo e com o meio envolvente.

NÍVEL V – família como componente da sociedade. É vista como um subsistema dentro de um suprasistema, a sociedade, é considerada como uma unidade/instituição básica social.

O mesmo autor, defende ainda que a enfermagem de Família pode e deve ser praticada por todos os enfermeiros aos níveis I, II e III (primeiros níveis).

Contudo o nível IV, ou seja, a enfermagem de sistemas de família e a enfermagem interpessoal avançada de famílias com disfunções estão reservadas a especialidades de enfermagem avançada, possuidoras de conhecimentos e capacidades na teoria e prática de família.

Wright e Leahey (2011), defendem que existem diferentes abordagens, as enfermeiras generalistas, utilizam o conceito de família como um contexto ou recurso, enquanto que as especialistas, usam o conceito de família, como foco de cuidados.

3.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Para Wright e Leahey (2011), ao longo da história, o envolvimento da família sempre fez parte da enfermagem embora, nem sempre se considerou dessa forma.

Segundo Hanson (2005) a enfermagem de família, está enraizada nas sociedades pré-históricas. Desde esse tempo que o papel da mulher é inseparável da família, pois era a ela que estavam incutidas as responsabilidades de cuidarem dos doentes da família, procurar ervas ou remédios para combater a doença, além de cuidar da casa e proporcionar um ambiente cuidado e higiénico.

As “seguidoras de acampamento” da guerra revolucionária da Pré-Nightingale foram um exemplo de enfoque de saúde da família antes da influência de Nightingale.

Nos tempos de Florence Nightingale, o desenvolvimento histórico das famílias e da enfermagem foi mais evidente. Esta acreditava que um ambiente mais limpo e cuidado em casa poderia erradicar a elevada taxa de mortalidade no domicílio. Para tal impulsionou a implementação de cuidados de enfermagem em áreas mais carenciadas ou envolvendo mesmo os doentes, através do trabalho de “missionários da saúde” onde era efetuado o “ensino da saúde em casa”. Mais tarde, alargou-o também a famílias saudáveis, além de assistir mulheres e crianças, pela distribuição de enfermeiras parteiras no domicílio. Durante a guerra da Crimeia incentivou os familiares de combatentes da guerra a virem cuidar dos seus entes ao hospital (Hanson, 2005).

Durante a segunda Grande Mundial, ocorreu a transição da prática de enfermagem dos domicílios para o hospital, sendo as famílias excluídas da prestação de cuidados aos doentes, bem como a acontecimentos de nascimentos e morte (Wright & Leahey, 2011).

Nas últimas décadas, com o envelhecimento demográfico, doenças e vulnerabilidades a ele inerentes, bem como a alteração de programas de saúde mundial e a “escassez” de recursos de saúde, a família tem sido colocada novamente como entidade fundamental a promover e a cuidar dos seus, no conforto do lar.

Através do quadro 1 é possível identificar alguns dos marcos históricos da enfermagem familiar.

Quadro 1 - Acontecimentos históricos que contribuíram para a Evolução da Enfermagem Familiar aos olhos da autora.

Pré-Nightingale	As “seguidoras” de acampamento” da guerra da independência.
Nightingale	Influência as enfermeiras distritais e missionárias da saúde, na importância do ambiente doméstico limpo para doentes e famílias. Incentiva os familiares a cuidarem dos seus enfermos no hospital.
Finais de 1880	Revolução industrial e emigração “direcionam” a enfermagem de saúde pública para a prevenção da doença, educação para a saúde e cuidados às famílias e comunidades. As enfermeiras de cuidados materno-infantis e as parteiras focam-se na família.
Meados de 1900	Fundação da Escola de Enfermagem em Nova York. I conferência da Casa Branca sobre Crianças. Surtem várias instituições que prestam serviços de enfermagem. O planeamento familiar e os cuidados de qualidade tornam-se acessíveis às famílias. Finais dos anos 30 as disciplinas de psiquiatria e saúde mental começam a focar-se na terapia familiar.
Anos 60	Introduzido o conceito de família como unidade de cuidados no ensino de enfermagem. Início de programas, de enfermagem materno-infantis e obstetra centrados na família. Surtem programas de cuidados primários direcionados a crianças. Mudança de paradigma de Saúde Pública para a Saúde Comunitária. Estudos e investigações sobre famílias, originando teorias nesta área.
Anos 70	Sistema de saúde redireciona-se na promoção da saúde valorização da saúde familiar. Desenvolvimento e aperfeiçoamento dos Modelos Conceptuais da Enfermagem, que consideram a família como unidade de cuidados. Várias Especialidades centralizam-se na família. Programas de Mestrado, Doutoramento centrados na família.
Anos 80	Conferência da Casa Branca sobre Famílias. Maior destaque dado à saúde dos mais novos aos mais velhos. Início da especialização de pós-graduação de cuidados primários na comunidade, o ensino da saúde e autocuidado do cliente. Maior utilização de modelos de bem-estar de enfermagem na prestação de cuidados. Surtem Programas de Promoção da Saúde. Desenvolvimento da ciência da família como disciplina e aumento da investigação em enfermagem de família. 1988 - I Conferência Internacional de Enfermagem de Família em Calgary no Canadá.
1984	Modelo de Calgary de avaliação e intervenção da família
1988	I Internacional Family Nursing Conference Calgary- Canadá
1995	Criação do Journal of Family Nursing.
2000	Segunda Conferência Ministerial da OMS para Enfermagem e Obstetrícia na Europa, Munique, Alemanha, 15-17 junho.
2000	Desenvolvimento da teoria de Transições de Afaf Méleis Conferência da ordem dos Enfermeiros - A cada família o seu Enfermeiro.
2001	Teoria de aquisição de competências de Benner
2002	Publicação do Livro “A cada Família o seu Enfermeiro” (Ordem dos Enfermeiros, 2002).
2005	Criada a unidade de Missão de Cuidados de Saúde primários que veio reconhecer a competência dos enfermeiros no trabalho com as famílias, requerendo conhecimento específico que deve ser integrado em planos de formação.
2010	Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).
2017	Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista na área da saúde familiar (Ordem dos Enfermeiros 2018).

3.2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS E CONCEPTUAIS PARA A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Para a enfermagem, onde a família é foco dos cuidados, não há uma única teoria ou estrutura conceptual, que permita descrever de uma forma adequada as relações da família, é necessário englobar várias perspetivas, que proporcionem ao enfermeiro uma base de conhecimento sustentável que oriente a avaliação e intervenção na família (Kaakinen, Gedaly-Duff, Coehlo, & Hanson, 2010).

As estruturas conceptuais ou teóricas de enfermagem e as abordagens que sustentam os fundamentos da enfermagem de família (Figura1), desenvolveram-se a partir de três pilares ou

ramos, as teorias das ciências sociais da família, as da terapia familiar e as teorias de enfermagem (Hanson 2005).

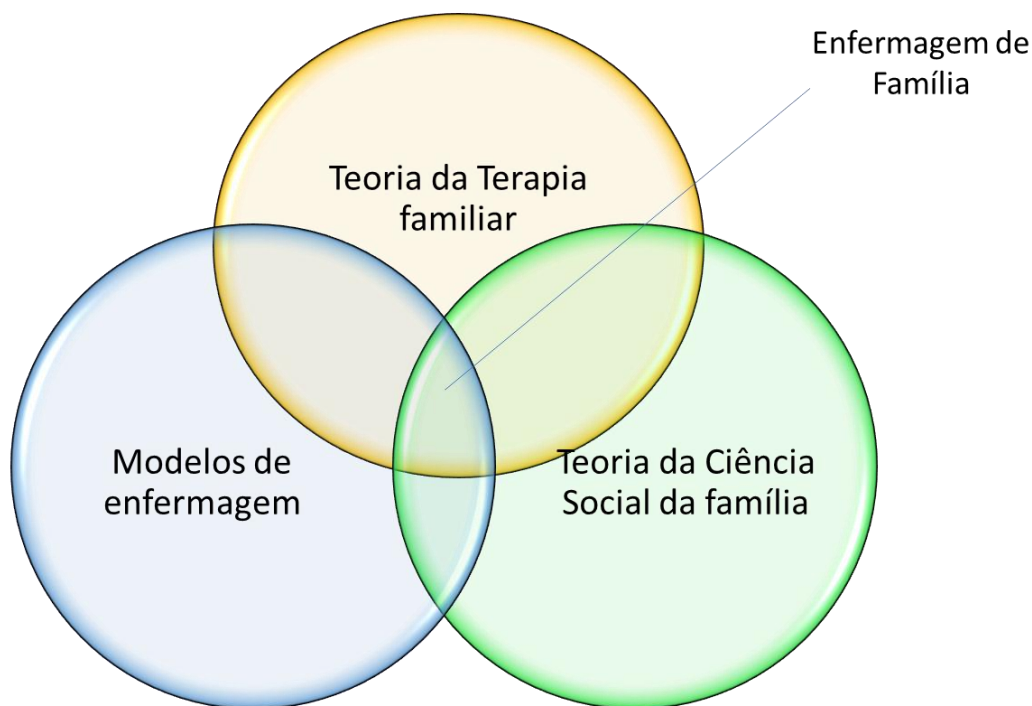


Figura 1: Fontes Conceituais de teorias emergentes da Enfermagem de Família.

3.2.1. Contributos dos modelos teóricos de enfermagem

Vários são as estudiosas que no desenvolvimento dos seus modelos contribuíram de alguma forma com alguns conceitos importantes para o desenvolvimento do campo da enfermagem familiar.

Martha Rogers (1970) desenvolveu, o seu modelo, focado no individuo como sistema aberto em troca constante com o ambiente, além de mais tarde ter introduzido o princípio da homeostasia. A família é vista como um campo de energia de sistema aberto constante está sempre mudando em suas interações com o meio ambiente (Hanson, 2005).

Calista Roy (1984) através da sua teoria integra o conceito em que a pessoa é um sistema aberto em constante adaptação, reagindo a estímulos ambientais. O modelo de adaptação de Roy a família é vista como um sistema adaptativo que tem entradas, controle interno e processos de feedback e saída. A força deste modelo é entender como as famílias se adaptam aos problemas de saúde (Kaakinen et al., 2010).

Imogene King (1987) integrou o conceito de família como um sistema interpessoal e social, evidenciando a interação entre os diferentes sistemas, na consecução de objetivos. A família é vista como o veículo para transmitir valores e normas de comportamento ao longo da vida, que inclui o papel de um familiar doente e transmitindo a função de cuidados de saúde à família (Kaakinen et al,2010).

Já Betty Neuman vê a família como um sistema. O principal objetivo da família é manter a estabilidade, conservando a integridade da estrutura, abrindo e fechando os limites. É um modelo fluido que representa a família em movimento e não uma visão estática da família (Kaakinen, Coehlo, Gedaly-Duff & Hanson, 2015)

Dorothea Orem, vê a família como apoio do indivíduo e não como foco de cuidados, considera a família para segundo plano, concentra-se especificamente no papel dos elementos que a compõem, desempenham na ajuda ao indivíduo no cuidado de si próprio (Hanson, 2005).

Marie-Louise Friedemann (1995) desenvolveu uma teoria na qual a família é descrita como um sistema social que tem objetivo de transmitir cultura aos seus membros. Os elementos centrais para esta teoria são a estabilidade da família, o crescimento da família, o controle da família e espiritualidade familiar (Kaakinen et al., 2010).

Através do quadro abaixo representado (Quadro 2), é possível fazer o resumo dos modelos desenvolvidos por estas teóricas.

Quadro 2 - Contributos dos Modelos Teóricos de Enfermagem para a Enfermagem de Saúde Familiar

Autores	Teorias	Contributo
Rogers 1970	Ser Unitário	Família como um campo de energia em interação com o meio ambiente
Roy 1976	Modelo de adaptação	Família como Sistema adaptativo
King 1987	Teoria da consecução de um objetivo	Família como sistema social e de interação dos seus membros
Orem 1985	Teoria do autocuidado	Família como fator de socialização dos seus membros, na transmissão de valores e cultura
Newman 1995	Modelo dos sistemas	Família como sistema dentro da sociedade
Friedmann 1995	Modelo de organização sistémica	Família como um sistema social, que tem como objetivo objetivo de transmitir cultura aos seus membros.

Fonte: Kaakinen et al., (2010)

3.2.2. Contributos das Teorias das Ciências Sociais da Família

Dentro da área da ciência social da família as teorias consideradas úteis para a compreensão da família, salientam-se a teoria estrutural-funcional, a teoria de sistemas, a teoria interativa, a teoria do stress, a de desenvolvimento e a da mudança.

Das três fontes da teoria, as teorias das ciências sociais familiares são as mais bem desenvolvidas e informativas sobre os fenómenos familiares; exemplos de tais teorias incluem o seguinte: função familiar, o intercâmbio ambiente-família, interações e dinâmicas dentro da família, mudanças na família ao longo do tempo e a reação da família à saúde e à doença (Kaakinen et al., 2015).

Todas elas são úteis, na medida em que proporcionam ao enfermeiro uma estrutura para ajudar à compreensão da família, porém têm tendência para serem abstratas, condicionando por vezes a sua aplicabilidade (Hanson, 2005).

Teoria estrutural-funcional

A Teoria estrutural-funcional, uma grande teoria da sociologia, é abrangente e holística e reconhece a interação entre a família sob seus ambientes internos e externos, há notáveis sobreposições nas noções embebidas na teoria estrutural-funcional e na teoria geral dos sistemas, especialmente em sua ênfase na família em interação contínua com seu ambiente externo. A maior força da abordagem estrutural-funcional da prática de enfermagem familiar é abrangente e considera as famílias dentro do contexto mais amplo da comunidade (Friedman et al., 2003).

Teoria dos Sistemas

Ludwig Von Bertalanffy lançou em 1937 a Teoria Geral de Sistemas. Nesta teoria o sistema pode ser visto com um todo organizado ou complexo; uma combinação de coisas ou partes, formando um todo complexo ou unitário. A aplicação desta à família, considera a família como um sistema complexo composta de elementos em mútua interação, cada elemento da família é um subsistema e em simultâneo um sistema individual, ou seja é um todo e uma parte. A família é maior que a soma dos seus elementos, devendo focalizarmo-nos na interação entre os seus elementos.

É aquela que tem tido mais influência ao longo dos anos, assumindo que os sistemas familiares são maiores do que a soma das partes. O foco está nas interações circulares entre os

membros dos sistemas familiares, que fazem com esta seja disfuncional (Kaakinen et al., 2015).

Teoria Interativa

A abordagem interacional familiar deriva da interação simbólica. a partir desta abordagem, os significados são construídos pelos membros da família que revelam a situação em que a família se situa. Aborda a importância dos diferentes papéis desempenhados pelos diferentes elementos da família. O foco é o processo interno das famílias e a compreensão desses processos. Como limitação, é-lhes apontado o facto dos defensores desta teoria, geralmente não consideram o impacto do ambiente externo da família (Friedman, et al., 2003).

Teoria de Desenvolvimento familiar

O foco está no ciclo de vida das famílias e a representação dos estágios normativos do desenvolvimento familiar. Permite aos enfermeiros avaliar o estadió de desenvolvimento da Família, as tarefas associadas e problemas que poderão coexistir. Por outro lado, esta foi desenvolvida num período em que a família tradicional era a norma tornando-a um pouco parca (Kaakinen et al., 2010).

Teoria da Mudança

A ideia chave, é a análise do modo como as famílias permanecem estáveis ou mudam quando há mudança dentro da família estrutura ou de influências externas (Kaakinen et al., 2015). Centra-se nas transições da família. As famílias não mudam suavemente nem de forma linear. A mudança na estrutura familiar ocorre como uma tentativa de restabelecimento do equilíbrio, causado por perturbações. As mudanças podem ser de 1ª ordem ou de 2ª ordem. Nas primeiras, o próprio sistema mantém-se inalterável, apesar de uma ou várias partes passarem por algum tipo de mudança. As de 2ª ordem, ocorrem dentro do próprio sistema familiar, existindo alterações reais nas regras que regulam o sistema, ou seja, sofre alterações a nível estrutural ou nível da comunicação (Hanson 2005).

Teoria do Stress

O modelo de stress familiar é especialmente pertinente a situações de cuidados de saúde por causa das experiências familiares stressantes relacionadas com a doença. A maior força é a relativa à sua simplicidade. Este modelo enfatiza que a perceção do agente stressor é mais importante do que a realidade objetiva e identifica recursos das famílias lidando com a situação e fortalece as abordagens de enfermagem familiar que podem ser desenvolvidas para

fortalecer as famílias. É limitado na sua utilidade para atender às necessidades de famílias saudáveis em termos de promoção da saúde e prevenção de doenças (Friedman et al., 2003).

É importante que o enfermeiro consiga ajudar os elementos que compõem a família a mudarem essa percepção do acontecimento stressante.

Através do quadro 3, ficam evidenciados os aspetos gerais das teorias das ciências sociais da Família.

Quadro 3 - Teorias das Ciências Sociais Familiares Utilizadas na Prática de Enfermagem Familiar

Teoria das Ciências Sociais da Família	Resumo
Teoria Funcional Estrutural Artinian (1994) Friedman, Bowden e Jones (2003) Nye & Berardo (1981)	O foco está nas famílias como instituição e como elas funcionam para manter a família e rede social.
Teoria da Interação Simbólica Hill e Hansen (1960) Nye (1976) Rose (1962) Turner (1970)	O foco está nas interações dentro das famílias e na comunicação simbólica.
Teoria do Desenvolvimento e Teoria do Ciclo de Vida Familiar Carter e McGoldrick (2005) Duvall (1977) Duvall e Miller (1985)	O foco está no ciclo de vida das famílias e representando estágios normativos de desenvolvimento familiar.
Teoria dos Sistemas Familiares Von Bertalanffy (1950, 1968)	O foco está nas interações circulares entre os membros dos sistemas familiares, que resultam em resultados funcionais ou disfuncionais.
Teoria do Stress Familiar Hill (1949, 1965) McCubbin e McCubbin (1993) McCubbin e Patterson (1983)	O foco está na análise de como as famílias experimentam e lidam com eventos/acontecimentos stressantes ao longo da vida
Teoria da Mudança Maturana (1978) Maturana e Varela (1992) Watzlawick, Weakland e Fisch (1974) Wright e Leahey (2013) Wright e Watson (1988)	O foco está em como as famílias permanecem estáveis ou mudam quando há mudança dentro da estrutura familiar ou através de influências externas.
Teoria da Transição White (2005) White e Klein (2008)	O foco está na compreensão e previsão das experiências de transição das famílias ao longo do tempo, combinando a teoria do papel, a teoria do desenvolvimento familiar e a vida e a Teoria dos cursos.

Fonte: Adaptado de Kaakinen, Coehlo, Tabacco e Hanson (2015)

3.2.3. Teorias das Terapias Familiares

Ao contrário das teorias das ciências Sociais da Família, os modelos da terapia familiar são direcionados para a prática clínica, no enfoque para a patologia familiar. No entanto, esses modelos conceituais, descrevem dinâmicas e padrões familiares que são encontrados, em certa medida, em todas as famílias.

Todos os modelos conceptuais apresentados em seguida, veem a família composta por sistemas interdependentes, e maior que a soma das suas partes. Evidencia a importância de ver o grupo familiar como um todo, sublinhando que uma mudança numa das partes, afeta toda a família (Hanson, 2005).

As teorias de terapia familiar são uma mistura de teorias de ciências sociais familiares e teorias de prática. Tanto a teoria da ciência social da família como a terapia familiar têm uma história curta, com teorias de terapia familiar tendo uma abordagem mais recente da terapia da comunicação interacional foi fortemente influenciada por ideias derivadas da Teoria Geral dos Sistemas Cibernéticos e da Teoria do Processamento da Informação (Friedman et al., 2003).

Teoria da Terapia Familiar Estrutural

Essa abordagem, foi desenvolvida por Minuchin e seus seguidores, é orientada para os sistemas vê a família como um sistema sociocultural aberto que é continuamente confrontado com demandas por mudança, tanto de dentro quanto de fora da família. O foco está em todo o sistema familiar, seus subsistemas, fronteiras, bem como padrões transacionais familiares e regras secretas (Kaakinen et al., 2015).

O objetivo desta terapia é facilitar a reestruturação da família, foca-se no presente, orientada para a ação e centrada no problema. Trata-se de uma abordagem clara, bem integrada e bem testada (Kaakinen et al., 2010).

Terapia Familiar Interativa

Esta teoria também conhecida por teoria da comunicação, com origem em Palo Alto. Essa abordagem considera a família como um sistema de comportamentos interativos ou interligados ou como processamento de comunicação. A ênfase está no aqui e agora, e não no passado. As principais intervenções focam no estabelecimento de comunicação congruente e esclarecendo e mudando regras familiares. A pergunta chave é o que está a ser processado, e não o porquê. Baseia-se nos princípios fundamentais da comunicação desenvolvida por Watzlawic, Beavin e Jackson. Nestes postulados, o ser humano não pode deixar de se comportar, como tal não podem deixar de comunicar. Todo o comportamento é comunicação. No entanto para o ser compreendido, o comportamento tem de ser analisado nesse contexto. Todos os sistemas, incluindo a família, são determinados por regras que mantem o equilíbrio homeostático preservando o sistema (Hanson, 2005).

Teoria da terapia dos sistemas

Foi proposta por Bowen do trabalho desenvolvido na área da esquizofrenia (1978) e posteriormente por Freeman (1992).

Esta abordagem concentra-se em promover a diferenciação do self da família e promover a diferenciação do intelecto da emoção. Os membros da família são encorajados a examinar

seus processos para obter insight e compreensão sobre seu passado e presente. Esta terapia requer um compromisso de longo prazo (Kaakinen et al., 2015).

As famílias são compreendidas a partir de uma perspectiva intergeracional de relações recíprocas entrelaçadas e repetitivas. É uma terapia que exige um compromisso a longo prazo, o que por vezes torna as terapias longas e nem sempre a família se encontra disponível para tal (Hanson, 2005).

4. DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

O processo de enfermagem à família constitui um procedimento organizado dinâmico e sistemático do pensamento crítico aplicado à família. Incide na resolução de problemas da família, no intuito de ajudar a adaptação da mesma, às necessidades de cuidados de saúde confirmadas (Stanhope & Lancaster, 1999)

O processo de enfermagem da família vai diferir na medida em que, estará dependente do foco dos cuidados. Esta diferenciação no foco está sujeita à conceitualização da família pelos enfermeiros na sua prática clínica. Se o enfermeiro vê a família como o pano de fundo ou o contexto do paciente individual, então os membros individuais da família tornam-se o foco e o processo de enfermagem é orientado individualmente. Se, no entanto, os enfermeiros conceituam a família como unidade de cuidados, então a família como unidade ou sistema é o foco, mesmo que o processo em si não varie (Friedman et al., 2003).

O processo de enfermagem à família segundo a maioria dos autores divide-se em várias fases, são elas a fase de colheita de dados, diagnóstico de enfermagem familiar, o prognóstico de enfermagem familiar, implementação e avaliação de resultados.

Para Potter e Perry (2006) distinguem-se cinco fases no processo de enfermagem à família: a apreciação inicial, os diagnósticos de enfermagem, o planeamento, a implementação e avaliação.

A apreciação inicial, é fundamental que o enfermeiro avalie a família, relativamente ao tipo, estrutura, a função da família, fase do ciclo vital em que se encontra a família, o desenvolvimento em que esta se encontra no que diz respeito à execução das tarefas que lhe são inerentes. No que concerne à função da família, pode ser revista a capacidade de dar apoio emocional aos elementos, bem como a competência de lidar com a atual situação. É também importante averiguar os recursos económicos, e a rede social da família (Potter & Perry, 2006).

Os dados de avaliação da família devem ser colhidos de maneira sistemática, aquando da realização de entrevista, usando uma ferramenta de avaliação familiar classificada e analisada quanto ao seu significado. Quando o enfermeiro encontra problemas prováveis ou potenciais significativos, então a enfermeira sondará essas áreas mais profundamente. Os pontos fortes da família devem ser identificados no processo de avaliação. Após a conclusão da avaliação, os dados precisam ser resumidos e aglutinados, agrupando dados semelhantes e organizando-

-os de forma ordenada, para que conclusões e problemas precisos possam ser identificados. Para que o enfermeiro possa realizar o processo de avaliação e a fase de orientação do trabalho com a família com sucesso, é imperioso o estabelecimento de uma relação de confiança na qual exista respeito mútuo e seja estabelecida uma comunicação aberta e honesta. Ao promover a confiança, o enfermeiro também cultiva um contexto para que a família esteja aberta à implementação de futuras intervenções de enfermagem da família (Friedman, et al., 2003).

A confiança é desenvolvida quando o enfermeiro transmite uma aceitação da família, tal qual ela é, e reconhece as suas forças, habilidades, os direitos e as convicções da família, independentemente dos objetivos, valores ou expectativas do enfermeiro.

O enfermeiro na entrevista com a família deverá facilitar os membros da família a começar a expressar suas preocupações atuais, para que este possa compreender melhor a família e o significado dessa experiência. Os membros da família podem aprofundar sua compreensão das suas próprias preocupações durante esta fase. A família pode iniciar a resolução do seu problema neste momento, e os membros da família podem sentir algum alívio em compartilhar suas preocupações (Friedman et al., 2003).

Várias são as ferramentas de que o enfermeiro dispõe, tais como modelo de avaliação familiar de Calgary, ecomapas, genograma, instrumentos que lhe permitem colher os dados de uma forma sistemática e no final obter uma perspetiva abrangente.

Após a conclusão da avaliação, os dados precisam ser resumidos e reunidos, agrupando dados semelhantes e organizando-os de forma ordenada, para que conclusões e problemas precisos possam ser identificados.

Através da **avaliação inicial**, obtiveram-se dados revelantes que deverão apoiar os diagnósticos de enfermagem, que sugerem algumas áreas de funcionamento da família que estarão comprometidas ou deficitárias, é então chegada a fase de realização do diagnóstico de enfermagem. Estes podem incluir necessidades de cuidados de saúde, problemas de saúde potenciais ou reais, bem como os níveis de bem-estar da família, resultantes da combinação destes fatores.

O diagnóstico de enfermagem na realidade, centraliza-se na capacidade da família lidar com a situação atual, com que se depara, quer seja de doença, transição de desenvolvimento (Potter & Perry, 2006).

Stanhope e Lancaster (1999) defende que o diagnóstico de enfermagem familiar, baseia-se na definição que o enfermeiro em conjunto com a família, circunscreve ao principal ponto de inquietação, pois as fases seguintes serão condicionadas por este facto.

Para a realização de diagnósticos de enfermagem pelo enfermeiro, deverão ser classificados em funcionais, estruturais ou de desenvolvimento, conforme a área comprometida. Para a elaboração desses diagnósticos, deverá apoiar-se em sistemas ou estruturas de classificação de diagnósticos como a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), de Omaha (Hanson, 2005), ou também podem ser elaborados com base na CIPE, sendo esta a ferramenta das mais utilizadas na atualidade.

Alguns autores, em vez de usar um diagnóstico de enfermagem, propõem o desenvolvimento de uma lista mais genérica de identificação de problemas e necessidades familiares. Já Wright e Leahey (2009) propõem a formulação de uma lista de problemas e pontos fortes de tal maneira que uma visão equilibrada da família seja identificada.

Na fase de **Planeamento de cuidados à família**, a participação ativa da família por meio do processo de enfermagem deve ser uma preocupação central. Em termos de identificação de problemas e pontos fortes, a enfermeira da família e a família são responsáveis conjuntas por essa parte do processo. Apenas classificando as necessidades e prioridades da perspectiva do cliente, os planos podem ter alguma hipótese de sucesso. Alguns enfermeiros atribuem classificações de baixa, média e alta prioridade, sendo as necessidades prioritárias as que devem ser abordadas imediatamente ou muito em breve (Friedman et al., 2003).

Após a avaliação da família através da colheita de dados, a identificação dos problemas de saúde, estes devem ser priorizados pela família e assim orientados os cuidados ou intervenções a desenvolver, contudo sempre no intuito de promover o autocuidado e a independência da família (Hanson, 2005).

Durante essa etapa do processo de enfermagem, o enfermeiro e a família definem um plano de cuidados, que estabelece intervenções para alcançar os resultados esperados.

A fase de implementação de cuidados de saúde à família caracteriza-se por pôr em prática as intervenções familiares que não são mais que ações de enfermagem que visam melhorar as capacidades dos elementos de uma determinada área, derrubando barreiras aos cuidados de saúde e realizam coisas que a família não poderá fazer por si mesma (Potter & Perry, 2006).

Durante o tempo em que as intervenções de enfermagem são implementadas, novos dados continuarão a evoluir e emergir. Como a informação obtida, (respostas do cliente, mudanças na situação, etc.) o enfermeiro precisa ser suficientemente flexível e versátil para reavaliar a situação com a família e, ao mesmo tempo, fazer modificações no plano (Friedman, et al., 2003).

A última fase do processo de enfermagem é a avaliação. **A avaliação** é um processo contínuo, os objetivos e as intervenções são passíveis de serem revistas, se necessário. A avaliação não deve ser baseada apenas nas observações do enfermeiro, mas também da perspectiva da família (Potter & Perry, 2006). Esta é baseada, em quanto efetivas foram as intervenções que a família, enfermeira e outros instituíram. A eficácia é determinada pela observação dos resultados do sistema familiar e dos membros da família (como a família respondeu), e não pelas intervenções implementadas. A avaliação, novamente, é um esforço conjunto entre o enfermeiro e a família (Friedman, et al., 2003).

4.1. MODELO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR DE CALGARY

Wright e Leahey (2011) defendem que as enfermeiras na sua prática, têm a obrigação e compromisso de envolver as famílias nos seus cuidados de enfermagem, por elas desenvolvidos, pois a teoria e a prática de enfermagem, evidenciaram, o impacto que a família depreende na saúde de cada um dos seus elementos. Esta inferência, deverá implicar uma mudança de paradigma, no foco de cuidados da enfermeira, passando a ser incluído o sistema familiar como alvo dos seus cuidados, e não como contexto ou recurso.

As famílias são sistemas complexos nos quais sucedem simultaneamente múltiplos processos e dinâmicas e funcionam de diferentes modos. Como tal não existe nenhuma teoria ou estrutura conceptual da ciência social da família, da enfermagem ou da terapia familiar que relate integralmente a dinâmica da vida da família (Hanson, 2005).

Wright e Leahey (2011) referem que, em qualquer contexto da prática clínica, o enfermeiro beneficia da aplicação de uma estrutura conceptual clara ou de um mapa da família. Pois essa estrutura favorece a síntese de dados, permitindo a identificação de pontos fortes da família e problemas da família, esboçando assim de uma forma esquemática o plano de tratamento dos mesmos. A sua utilização ajuda a dispor essa quantidade maciça de informações aparentemente distintas, mas que constituem também um foco de atenção.

A concetualização e operacionalização de um modelo de enfermagem à família são fundamentais para uma correta avaliação e intervenção familiar (Fernandes, 2015).

Através das abordagens descritas no capítulo anterior, o enfermeiro dispõe de uma variedade de perspetivas, aumentando o leque de intervenções selecionadas de serem implementadas pela família.

Vários enfermeiros desenvolveram abordagens teóricas, assentes em algumas teorias apresentadas anteriormente: o modelo de avaliação e intervenção na família e o inventário das forças de pressão do sistema familiar, o modelo de avaliação da família de Friedman e o modelo de avaliação familiar de Calgary. Estes modelos surgiram para facilitar mudanças da prática de enfermagem de família, baseadas em evidências científicas ilustram bem os esforços efetuados para encontrar soluções a respeito da Enfermagem de Família e são reconhecidos internacionalmente.

O modelo de avaliação e intervenção na família de Calgary (Wright & Leahey, 2009) é um dos quatro modelos referenciados pelo Conselho Internacional de Enfermeiros para o trabalho com as famílias (Friedman et al., 2003, Hanson, Gedaly-Duff, & Kaakinen, 2005) e por isso continuam a ser adotados nos currículos de cursos de enfermagem geral e de prática de enfermagem avançada. Em Portugal estes modelos também fazem parte dos adotados pela Ordem dos enfermeiros na prática de enfermagem avançada, daí ter sido eleito para o trabalho a desenvolver nesta investigação, uma vez que uma parte significativa dos profissionais de enfermagem do nosso país na sua formação académica, não teve contacto com teorias, conteúdos de enfermagem familiar e ferramentas de apoio de na abordagem à família. Considera-se, portanto, que para capacitar enfermeiros para a avaliação familiar, este modelo poderá servir de bússola a enfermeiros que trabalham com famílias.

O modelo de avaliação e intervenção na família de Calgary, adaptado a partir do Modelo de Tomm e Sanders (1983), foi desenvolvido por Wright e Leahey (2000 e 2009), integra além dos construtos teóricos da disciplina de enfermagem a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação, da mudança, a cibernética e a biologia da cognição, do pós-modernismo e feminismo.

Trata-se de uma estrutura multidimensional, compreendendo três categorias principais; estrutural, de desenvolvimento e funcional. Cada uma destas categorias contém várias subcategorias.

Na avaliação *Estrutural* apresentam-se três categorias: a estrutura interna a externa e o contexto envolvendo conceitos complexos em interação. Para realizar a avaliação estrutural da família, temos vários instrumentos úteis que nos podem tornar esta tarefa mais fácil como é o caso do genograma e o ecomapa.

- Genograma – pode-se definir como sendo o diagrama da família. Faculta dados sobre relacionamentos, transições, padrões relacionais, ocupação e saúde ao longo do tempo. Inclui no mínimo três gerações.
- Ecomapa – traduz os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos, dá ênfase ao estado atual da família.

Quanto à estrutura *Desenvolvimental*, esta é referente à fase do ciclo vital em que a família se encontra, fase essa que levou a transformações na família, que implica mudanças no seu funcionamento, nas tarefas e vínculos nos seus elementos.

Na estrutura *Funcional*, é aferido o modo como os elementos interagem entre si, quer seja através das atividades de vida quotidiana ou através dos padrões com que eles comunicam, exprimem emoções, influenciam, a capacidade de resolver problemas, importância dada aos problemas familiares e aos fatores de stress (Figueiredo, 2013).

Segundo Wright e Leahey (2011) não é necessário aferir todas as categorias, durante a entrevista, em cada momento se decidirá quais são as categorias relevantes para cada avaliação momentânea.

O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary compreende um sistema abrangente assente numa estrutura tridimensional, funcional, de desenvolvimento e estrutural, além de fornecer duas ferramentas desta última, o genograma e o ecomapa. Com esta avaliação efetuada o enfermeiro, parte para intervenção na família, através do Modelo de intervenção familiar de Calgary tem acesso a um inventário de intervenções assentes em práticas clínicas, auxiliando-o a alterar ou manter o funcionamento familiar (Martins et al., 2012).

Enquanto modelo de intervenção da família, o Modelo de Calgary é uma estrutura organizadora para considerar a interceção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pelo enfermeiro

Os componentes deste modelo, são intervenções, domínios de funcionamento familiar e ajuste ou eficácia. Este modelo de intervenção expõe uma representação visual do “ajuste” entre o domínio do funcionamento familiar e uma intervenção de enfermagem. Foca-se na promoção,

melhoria e a sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios cognitivo, afetivo e comportamental.

Wright e Leahey (2011) acreditam que as enfermeiras só podem oferecer intervenções à família e não instruir, dirigir, exigir ou insistir num determinado tipo de mudança ou modo de funcionamento familiar.

Algumas intervenções poderão influenciar em simultâneo os três níveis de funcionamento familiar. Através da aplicação deste, consegue-se mais facilmente determinar o domínio do funcionamento familiar que mais necessita de mudança ou ajuste, e a intervenção mais adequada, para alcançar essa mudança. Esse processo, só poderá ser concretizado através de conversas terapêuticas entre a enfermeira e a família numa intervenção colaborativa. Esse ajuste pressupõe reconhecimento recíproco entre as ideias e as opiniões dos enfermeiros e a experiência de doença da família, podendo envolver alguma tentativa experiência ou tentativa de erro (Wright & Leahey 2011). Contudo, as autoras referem que a receptividade da família à intervenção dos enfermeiros obedece à sua constituição genética e história de interação dos seus membros, e também é influenciada pela relação enfermeiro/família e pela aptidão do enfermeiro levar a família refletir sobre os seus problemas (Wright & Leahey, 2009), implicando para tal, a necessidade de consciencialização da unicidade e especificidade da família, logo, as intervenções direcionadas para uma família poderão não se adequar a outras.

5. A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS SEGUNDO BENNER

“Enquanto membro participante na tradição da prática de enfermagem, cada enfermeira carrega nos seus ombros o passado e o presente das suas colegas. O modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto coletivas como cumulativas, e ligadas de um modo vital com a prática clínica” (Benner, 2001 p. 12).

Para Benner (2001), a teoria é uma ferramenta essencial para explicar e prever, permite a elaboração de questões a análise, orientando o profissional na demanda dos problemas, auxiliando na antecipação das necessidades de cuidados. A prática competente em enfermagem supera os limites da teoria formal, o conhecimento que envolve a prática, desvenda e interpreta a teoria, amplia-a, sintetiza e adapta-a na prática dos cuidados de enfermagem.

A teoria de desenvolvimento de competências de Benner, foi inspirada no modelo de aquisição de habilidades de Dreyfus, desenvolvido por Dreyfus e Dreyfus em 1980 e 1981. Este modelo estabelece que na aquisição e desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis, de proficiência, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Patrícia Benner (2001) aplicou este modelo, de aquisição de competências à enfermagem, pela realização de um longo estudo de investigação, onde encontrou características diferentes na descrição do mesmo caso clínico feito por vários enfermeiros com níveis de experiência profissional divergentes, desde uma enfermeira iniciada a uma perita. Estes níveis refletem mudanças em quatro aspetos gerais; o primeiro, refere-se à utilização de experiências concretas do passado como padrão; o segundo, o pensamento analítico, baseado nas normas, é trocado pela intuição; o terceiro, quando o enfermeiro percebe a situação como um todo e focaliza-se apenas nas partes relevantes, e não em fragmentos; o último aspeto, revela o envolvimento do indivíduo na situação; ele deixa de ser um observador e passa a fazer parte da situação.

A robustez deste método incide no reconhecimento das competências a partir de casos autênticos, e não a partir dos modelos ou das situações hipotéticas elaboradas por especialistas (Benner, 2001).

Pires (1994) considera a competência como um conjunto de conhecimentos, de capacidades de ação e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade, e num tipo de

situações determinada. É entendida como um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência de ação, adquirida ao longo do tempo de forma empírica, não sistematizada, que se manifesta em situações concretas de trabalho, sendo muito difícil de avaliar.

Dias (2006) define competência, como um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamentos estruturados em função das características e âmbito de ação que o enfermeiro tem que desenvolver no "bom" exercício da sua atividade profissional. (Dias, 2006).

Pela aplicação do Modelo de Dreyfus à prática de enfermagem clínica, através da investigação qualitativa descritiva, Benner, conseguiu distinguir as características de desempenho bem como as necessidades de ensino-aprendizagem, a cada nível de competência.

Nível 1 iniciado, é marcado pela inexistência de experiência por parte da iniciada, com as situações com que são confinadas. São-lhes facultadas situações de um modo objetivo, igualmente instruídas as normas, independentemente do contexto, para servir de guia aos seus atos em função dos vários elementos (protocolos). Encontram-se neste nível, estudantes de enfermagem, enfermeiros que iniciam funções num novo serviço, necessitando do apoio de acompanhamento de outros profissionais diferenciados.

Nível 2: iniciada avançada, as iniciadas avançadas, tem um comportamento que se pode considerar aceitável, pois já se depararam com suficientes situações reais para anotar (elas próprias ou sobre a indicação de um orientador) os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas, ou seja os fatores da situação. Para tal é necessário ter experiência. O iniciante avançado tem uma consciência maior de qualquer feedback sobre o desempenho e presta muita atenção à prática dos colegas. Eles ou elas procuram de uma forma ativa fontes credíveis de informação útil (Benner, 2001).

Nível 3: Competente a enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos: diz-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos ou dos planos a longo prazo. Este plano define quais os atributos e aspetos da situação atual ou calculada que devem ser tidos como os mais relevantes, e os que podem ser ignorados. A enfermeira competente, elabora um plano institui uma perspetiva e baseia-se sobre uma análise criteriosa, abstrata e analítica do problema, para fazer face às necessidades dos utentes.

Nível 4: Proficiente a enfermeira proficiente apercebe-se das situações de uma forma global e não de uma forma seccionada, e as suas ações são guiadas por máximas. Esta compreensão global prospera o seu processo de decisão que se torna cada vez menos trabalhoso, porque a enfermeira possui, agora, uma perspetiva que lhe permite saber quais dos muitos aspetos e atributos são importantes, definindo prioridades, e reconhece alterações subtis no estado do doente, alertando para possíveis problemas que poderão surgir, evitando a sua ocorrência.

Nível 5: Perito a enfermeira perita já não se apoia sobre um princípio analítico, tem uma enorme experiência, compreende agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. O especialista desenvolve ainda outra maneira distinta qualitativamente de estar na situação, desenvolvendo a capacidade de responder com fluidez à situação, mesmo com mudanças de situação e a relevância das ações, e por sua vez a mudança na tomada de decisão.

Benner, identificou sete domínios de competências: a função de ajuda, a função de educação, de guia, a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente, a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida, a administração e o acompanhamento de protocolos terapêuticos, assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de Saúde, as competências em matéria de organização e de repartição das tarefas.

Com este estudo, pretende-se que através da intervenção/formação realizada com os enfermeiros, ocorra aquisição ou desenvolvimento de competências na avaliação familiar, no que diz respeito ao seu trabalho diário com as famílias, por parte da população alvo, de maneira que esta teoria de aquisição de competências de Benner se ajusta e é determinante para a compreensão dos processos envolvidos nesta investigação.

No trabalho com as famílias, Wright e Leahey (2011) referem que quando as enfermeiras detêm uma estrutura conceptual clara para a avaliação e intervenção nas famílias, estas podem também começar a considerar as várias novas competências para entrevistar a famílias. As mesmas acrescentam ainda que é importante a distinção do que é denominado de habilidades de um conhecimento geral, daqueles conhecimentos e habilidades de uma prática avançada com a família. Na entrevista de enfermagem da família em contexto terapêutico, é possível distinguir quatro estágios distintos, são eles o engajamento, avaliação, intervenção e finalização.

Para o desenvolvimento de habilidades para a realização de entrevistas de enfermagem da família, na aplicação dos modelos de avaliação e intervenção familiar de Calgary, Wright e

Leahey (2011), consideram que na formação de enfermeiras de família devem-se focar inicialmente as habilidades perceptivas e conceituais, e só posteriormente nas habilidades executivas. As perceptivas compreendem a capacidade da enfermeira para realizar observações importantes, tais como interações múltiplas e relacionamentos entre os elementos. As competências conceituais estão interrelacionadas com as anteriores, pois envolvem as faculdades de dar significância às observações, acarretam a capacidade de ver um elemento da família na sua globalidade como um sistema. As habilidades executivas consistem de facto, nas intervenções terapêuticas realizadas pela enfermeira na entrevista à família. Através destas, obtém-se respostas, que constituem o alicerce para conceções suplementares da enfermeira, envolvendo assim um processo de circularidade. Este conjunto de habilidades, constituem um guia para a enfermeira no cuidado à família.

Desta forma Southern, Leahey e Harper-Jaques (2007), utilizando os níveis de desenvolvimento de competências de Benner (2001), definiram as habilidades para a enfermagem da família através de um estudo desenvolvido pelos mesmos na cidade de Calgary, estes definiram assim vários níveis de competências da enfermagem familiar, evidenciados no quadro 4.

Quadro 4 - Níveis de competências de Enfermagem de Família

(Continua)

Nível	Habilidades conceituais / perceptivas	Competências Executivas
Novato	<p>Aprecia o impacto pessoal da enfermeira características, habilidades intelectuais e pessoais no trabalho familiar</p> <p>Vê os membros da família como doadores e recetores de informações quando o paciente é muito jovem, velho ou incapacitado</p> <p>Reconhece que um paciente individual é melhor compreendido no contexto da família, ou seja, nenhum indivíduo existe isoladamente</p> <p>Reconhece a importância de ter um mapa conceitual claro (por exemplo, CFAM) para entender a dinâmica familiar</p> <p>Entende a relação família-enfermeira e parceria</p>	<p>Mostra conforto ao conversar com as famílias</p> <p>Conversa com as famílias quando a enfermeira percebe que precisa fazê-lo</p> <p>Convida todos os membros da família envolvidos ou envolvidos na entrevista</p> <p>Explora os componentes do CFAM (estrutural, de desenvolvimento e funcional) para avaliar os pontos fortes e as áreas problemáticas</p> <p>Genogramas completos</p> <p>Avalia a segurança e envolva agências de proteção conforme indicado</p> <p>Explora maneiras de responder às expectativas das famílias quanto às expectativas da equipe e da equipe em relação à família</p> <p>Oferece suporte e informações básicas, como referências a agências genéricas, informações gerais.</p>
Iniciado avançado	<p>Reconhece a importância dos membros da família e sua contribuição</p> <p>Procura entender o paciente no contexto da família</p> <p>Reconhece que as famílias têm habilidades para resolver problema</p>	<p>Envolve a família para aumentar a compreensão da reciprocidade da doença e do funcionamento familiar</p> <p>Integra informações pertinentes dos membros da família no tratamento do paciente</p> <p>Inclua crianças e idosos na entrevista</p> <p>Explora como a família afeta o problema e como o problema afeta a família, por exemplo, pergunte aos membros da família sobre o impacto do problema atual do paciente no indivíduo / família e vice-versa.</p> <p>Integrar considerações de diversidade cultural, espiritual e outras na apresentação do paciente</p> <p>Manter um bom relacionamento / envolvimento com a família e o paciente durante a crise</p> <p>Completa um ecomapa, se indicado</p> <p>Chama os membros da família se eles não estiverem presentes e o paciente concordar.</p> <p>Considera recursos instrumentais e emocionais, por exemplo, peças de transporte, DVDs para crianças.</p> <p>Incentiva os membros da família a explorar soluções para os problemas, integrar suas soluções aos cuidados, se possível.</p> <p>Demonstra uma compreensão da perspectiva da família sobre a situação</p> <p>Elogia os pontos fortes da família; convida as famílias a refletir sobre seus métodos de enfrentamento bem-sucedidos</p>
Competente	<p>Entenda o pensamento sistêmico e sua aplicação a várias unidades de tratamento.</p> <p>Entenda o CFIM e reconheça que as intervenções estão focadas nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental do funcionamento familiar / individual.</p>	<p>Desenvolva hipóteses e explore a reciprocidade entre, por exemplo, dois membros da família, a família e a enfermeira, e assim por diante.</p> <p>Explora crenças, comunicação circular, não verbal e verbal.</p> <p>Desenvolve e faz perguntas sistemáticas a todos os membros da família.</p> <p>Planeia o tratamento; facilita o envolvimento da família no planeamento de cuidados / serviços.</p> <p>Projeta intervenções para influenciar o funcionamento individual e familiar.</p>

Quadro 4 - Níveis de competências de Enfermagem de Família
(Conclusão)

Proficiente	<p>Reconhece que a falta de informação educacional pode inibir as habilidades de resolução de problemas da família</p> <p>Reconhece que emoções persistentes e intensas podem frequentemente bloquear as habilidades de resolução de problemas da família</p> <p>Reconhece que sugerir novas tarefas pode, muitas vezes, fornecer uma nova maneira de os membros da família se comportarem em relação uns aos outros, o que irá melhorar as habilidades de resolução de problemas</p>	<p>Convida a família a fazer perguntas e elaborar informações que atendam às suas necessidades específicas de aprendizado, por exemplo, psico-educação.</p> <p>Liga para a família contra a vontade do paciente, se necessário (somente se o paciente for certificado pela Lei de Saúde Mental)</p> <p>Valida as emoções dos membros da família, explorar ou conter emoções como indicado.</p> <p>Envolve a família como recurso principal na disposição do paciente.</p> <p>Desenha tarefas focadas na família e no indivíduo em conjunto com a família</p> <p>Modifica as intervenções respondendo às respostas da família.</p> <p>Ao realizar as intervenções, considera os desejos concorrentes de vários membros da família devido à idade, capacidade de desenvolvimento, crenças e assim por diante.</p>
Especialista	<p>Vê a família como a unidade de cuidado sem considerar a qual membro da família é visto.</p> <p>Reconhece os esforços construtivos dos membros da família para resolver problemas.</p> <p>Reconhece a importância dos dados de avaliação e intervenção de uma variedade de fontes diferentes</p>	<p>Resume os esforços positivos do paciente e dos membros da família, quer tenham ou não obtido sucesso.</p> <p>Considera uma variedade de influências, por exemplo, estrutura familiar e estágios de desenvolvimento.</p> <p>Sintetiza informações individuais e familiares e sua relevância para a apresentação do paciente; incorporar isso em intervenções de gerais para situações únicas.</p>

Adaptado de Leahey, and Harper-Jaques, (2010) *Integrating Family Nursing Into a Mental Health Urgent Care Practice Framework: Ladders for Learning*.

De uma forma mais sucinta Bomar, (2004) resumiu os diferentes níveis de prática de enfermagem com as famílias com base no modelo de aquisição de competências de Benner (Quadro 5).

Quadro 5 - Níveis de prática de enfermagem familiar

Nível de Prática	Generalista/especialista	Nível de formação	Cliente
Especialista	Especialista avançado	Doutoramento	- Todos os níveis. - Desenvolvimento de Teoria de enfermagem familiar. - Investigação/pesquisa em enfermagem familiar.
Proficiente	Especialista avançado	Mestrado com experiência	- Todos os níveis - Iniciando a pesquisa / investigação em enfermagem familiar
Competente	Especialista iniciado	Mestrado	Indivíduo no contexto familiar. Enfermagem familiar interpessoal Unidade familiar como cliente Subsistemas familiares
Iniciado avançado	Generalista	Bacharelato com experiência	- Indivíduo no contexto familiar. - Enfermagem familiar interpessoal (Enfermagem de sistemas familiares) - Unidade familiar como cliente
Noviça	Generalista	Bacharelato	Indivíduo no contexto familiar.

Fonte: Bomar (2004) *Promoting health in Families – Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*.

Neste modelo, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências é um processo gradual, interativo e complexo, em que o enfermeiro necessita de cerca de dois a três anos de experiência profissional no mesmo serviço para atingir o nível de competente. Desta forma, também no que diz respeito ao trabalho com as famílias, o mesmo se verifica, não basta

apenas deter conhecimentos teóricos e conceptuais, a própria experiência real, resultante da prática do enfermeiro amplifica e põe à prova essas teorias, o saber por si não é suficiente, o saber como, envolve outra dimensão ou complexidade.

6. ESTUDOS EMPÍRICOS

Apesar da enfermagem de saúde familiar ser uma área da enfermagem recente, em que só há trinta anos para cá é que sofreu significativos avanços, ultimamente têm-se realizado várias investigações nesta área, relacionadas com a capacitação de enfermeiros na avaliação das famílias com base no Modelo de avaliação e intervenção familiar.

Goudreau, Johane; Duhamel, Fabie e Ricard (2006) numa investigação subordinada ao tema: “O impacto de Enfermagem de Sistemas na família, um Programa Educativo sobre a prática de enfermeiros psiquiátricos, inserido um estudo piloto”. Com este estudo procuraram determinar o impacto de um programa de enfermagem em sistemas familiares (FSN) baseado na Família Calgary Modelo de Avaliação (MCAF) e o Modelo de Intervenção da Família Calgary (MCIF) das enfermeiras Wright e Leahey (2000), que foi promovido aos enfermeiros de uma unidade Psiquiátrica hospitalar na cidade de Montreal. O estudo explorou as práticas de enfermagem familiar, dos enfermeiros antes e depois de participar do programa educacional e suas perceções do programa. O programa educacional visava a aquisição de habilidades de enfermeiros para intervir com famílias de pacientes psiquiátricos. Um ano após o programa, seis enfermeiros foram solicitados a preencher os diários de bordo e participar em uma entrevista individual semiestruturada, baseada em perguntas abertas e sobre a abordagem do incidente crítico para descrever as suas intervenções de enfermagem e explorar as perceções sobre como o programa educacional influenciou a sua prática de cuidados de enfermagem à família.

A análise de conteúdo indicou que enfermeiros participantes integram intervenções familiares sistêmicas na prática clínica e assinalou também a satisfação dos mesmos com o programa em que estiveram envolvidos. Os resultados obtidos permitiram concluir que os enfermeiros sentiram-se mais confortáveis quando tiveram que intervir com os familiares dos doentes e participar em reuniões familiares interdisciplinares.

Silva, Moules, Silva e Bousso, (2013), na sua tese de mestrado, na cidade de São Paulo, subordinada ao tema: “Entrevista de 15 minutos: uma ferramenta de abordagem à família na estratégia saúde da família,” sendo a entrevista de 15 minutos, uma forma condensada do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção com famílias, no intuito de contribuir para uma nova abordagem à família. O objetivo de estudo foi conhecer a experiência de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no uso da Entrevista de 15 minutos nas visitas domiciliárias

realizadas no período puerperal. Este estudo foi um estudo de análise qualitativa, ocorreu em três momentos, treino dos participantes, utilização da entrevista de 15 minutos pelos enfermeiros e entrevistas realizadas aos enfermeiros. A metodologia utilizada para a colheita de dados, foi a entrevista semiestruturada a oito enfermeiros. A análise de conteúdo evidenciou duas ideias chave: viver o desafio de uma nova experiência e avaliando essa experiência. O estudo efetuado evidenciou que esta ferramenta pode funcionar como um contexto que facilita o aprofundar das relações entre enfermeiros e famílias na Estratégia Saúde da Família. Ao utilizar a entrevista de 15 minutos na prática clínica o enfermeiro do programa de saúde familiar, compreende o impacto positivo dessa ferramenta na relação que tem com as famílias a quem presta cuidados, ampliando seu olhar sobre elas, favorecendo a implementação de novas intervenções, com o uso de elogios e orientações. Com este estudo, como os dados obtidos, evidenciou-se também que o profissional vivencia dificuldades ao construir os genogramas e ecomapas e também ao perceber que aquele momento não é adequado para a realização da entrevista com a família.

Fernandes (2014) na sua tese final de doutoramento, intitulada: “A família como foco dos cuidados de enfermagem aprendendo com o *family nursing game*”, constitui o relato de uma experiência que envolve um programa educativo, para enfermeiros sobre a atenção à família em meio hospitalar, num grupo de enfermeiros de um hospital geral do norte de Portugal. A população do estudo foi constituída por cerca de 217 enfermeiros, correspondendo à totalidade de enfermeiros que exercem funções nesse contexto hospitalar, contudo, os participantes foram no total de 160 constituindo assim amostra. Os dados foram recolhidos ao longo da investigação, utilizando-se, para o efeito, o questionário e a informação documentada pelos enfermeiros através dos registos, fazendo uso de uma linguagem classificada com os termos da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) no SAPE® (Suporte de Apoio à Prática de Enfermagem). O objetivo principal foi proceder à capacitação de enfermeiros para a assistência à família.

Esta investigação envolveu dois estudos, um primeiro que envolveu a aplicação de todas as etapas associadas à conceção de um jogo de tabuleiro, o *family nursing game*, nomeadamente sua validação, teste e avaliação, neste jogo de tabuleiro, o progresso é determinado pela capacidade do jogador/equipa responder às questões sobre conteúdos de Enfermagem à Família.

O segundo estudo, do tipo quase-experimental, do tipo delineamento de tempo com antes e depois, para avaliar o impacto da estratégia numa população de enfermeiros de diversos contextos de um hospital. Após uma intervenção formativa, onde se incluiu o jogo, é avaliado o impacto nas atitudes e nos conflitos com as famílias, bem como as alterações ocorridas na informação documentada pelos enfermeiros sobre a família. As estratégias de ensino/aprendizagem utilizadas focaram-se no Modelo de Calgary de avaliação e intervenção de família.

Os resultados desta investigação demonstraram alteração nas atitudes dos enfermeiros para com as famílias, assim como nos conflitos, embora em menor grau. Através da informação documentada pelos enfermeiros, concluiu a autora ter havido alteração no foco de cuidados, na avaliação e intervenção da família. Ainda utilizando por base as categorias e subcategorias do modelo de avaliação e intervenção de Calgary, foi significativo o aumento da frequência de registos, realçando-se as intervenções no domínio afetivo. O jogo em si permitiu não só a mudança das práticas de cuidados de enfermagem à família, mas também como um grande aliado no âmbito da formação, permitindo concluir que a construção de um jogo é válida para capacitar na abordagem à família, os conteúdos do jogo são adequados para ensinar enfermagem à família, os enfermeiros sentiram-se motivados.

Santos (2012) na sua tese de doutoramento intitulada: “Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro,” estudo do efeito de uma intervenção educativa, sobre a abordagem sistémica do cuidado à família, no desempenho profissional de um grupo de enfermeiros.

A investigação, norteada por um desenho de natureza quase-experimental de séries temporais, foi realizada num contexto de cuidados de saúde primários onde os enfermeiros trabalham com as famílias. Dez dos doze enfermeiros da prática direta de cuidados integraram um programa de intervenção educativa, sobre a abordagem sistémica do cuidado à família, segundo os referenciais teóricos dos modelos de avaliação e intervenção na família de Calgary. Definiram-se como principais objetivos do estudo: avaliar o impacto da intervenção educacional, abordagem sistémica do cuidado à família, na atitude e comportamento dos enfermeiros e analisar a perceção que a família tem da abordagem sistémica do cuidado (intervenção sistémica do enfermeiro). Tratou-se de um estudo quase-experimental de séries temporais, no espaço de 12 meses, as sessões de formação decorreram com uma periodicidade mensal e uma duração de aproximadamente 90 minutos. O role playing, constituiu uma forma

de treino de competências muito apreciado pelos enfermeiros. A metodologia utilizada foi através da realização de um questionário destinado aos enfermeiros participantes no estudo que foi aplicado no momento anterior à intervenção e posteriormente à mesma.

Os resultados desta investigação, demonstraram mudanças positivas e efetivas na atitude e no comportamento dos enfermeiros face ao modo como envolvem a família nos cuidados. Realçou-se uma atitude benéfica, independentemente da idade, do tempo de profissão e desenvolvimento profissional, e uma elevada perceção de autoeficácia no trabalho com as famílias. A eficácia do programa de intervenção educacional indica a transferência de conhecimento e, portanto, poderá ser recomendado e útil em contextos de enfermagem semelhantes, na opinião dos participantes deveria ser aplicada em outros contextos para facilitar a abordagem sistémica do cuidado à família.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica caracteriza-se por ser uma metodologia sublime que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, trata-se de um método que comporta a análise de fenómenos de modo a obter explicações a determinadas questões que se pretendem investigar (Fortin, Côté & Fillion, 2009).

Após a elaboração da fase conceptual, onde se documentou o tema em estudo, que conduziu na fase empírica à formulação do problema, bem como o enunciado dos objetivos, as questões e as hipóteses, eis que surge então a fase metodológica, que segundo Fortin et al. (2009), tem como objetivo, definir o modo como a questão da investigação, será introduzida num traçado revelador das atividades a realizar no decurso da investigação. Esta fase envolve, portanto, a escolha de um método e de uma técnica de colheita e análise de dados.

Esta investigação teve como intuito avaliar o impacto de um programa de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Para tal realizaram-se dois momentos de avaliação, um primeiro, antes do programa de intervenção, e o segundo momento quatro semanas após o programa de intervenção, ambos incidiram na análise de conhecimentos na avaliação familiar pelo modelo de Calgary e na apreciação competências sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, além da aplicação da Escala «A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros» (IFCE-AE), que avalia a importância da família nos cuidados de enfermagem (Figura 2).

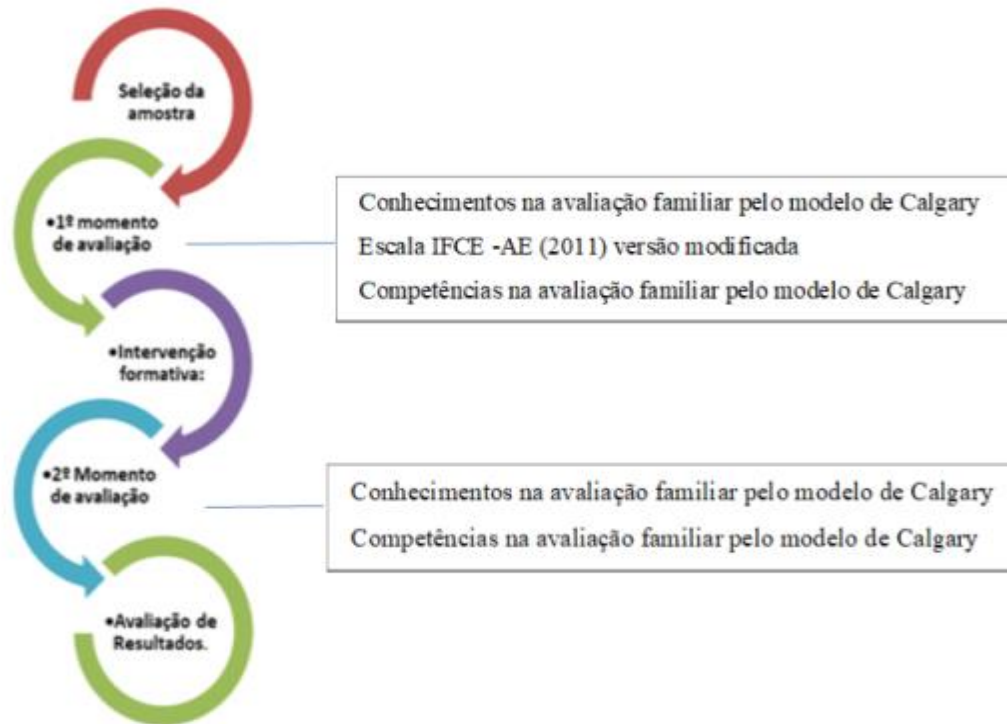


Figura 2: Esquema do estudo a desenvolver

1.1. TIPO DE ESTUDO

Na abordagem do estudo, existem vários aspetos a ter em conta, de tal modo que pode ser classificado sobre vários aspetos. Relativamente ao modo de abordagem, este estudo classifica-se, como estudo quantitativo, "...pois este visa sobretudo explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos." (Fortin et al., 2009, p.27), "...tem como característica a formulação de hipóteses que serão testadas por meio de testes estatísticos e utiliza o paradigma hipotético-dedutivo." (Vilelas, 2017, p.157-158). Quanto aos procedimentos técnicos envolvidos, ou seja, relativamente ao desenho da investigação, os mesmos podem ser classificados como experimentais, (apontam para a apurar as relações causais), quase experimentais e não experimentais. Segundo Fortin et al. (2009) os estudos quase-experimentais diferem dos experimentais pela não satisfação de todas as exigências do controlo experimental. Desta forma, podemos classificar o nosso estudo como quase experimental, dado que é desenvolvido a um grupo de enfermeiros, sobre o qual se desenrola a investigação, caracterizada por dois momentos de recolha de dados no mesmo

grupo de sujeitos, nomeadamente uma avaliação inicial, seguida de um programa de intervenção, seguido de uma avaliação final, considerando-se por isso o estudo de desenho do tipo pré teste e pós teste, mas sem grupo de controlo.

Relativamente ao alcance temporal, os estudos podem ser classificados como transversais em que se estudam um ou vários aspetos em sujeitos num determinado momento e longitudinais em que se estudam os sujeitos ao longo de vários momentos (Coutinho, 2014), desta forma, consideramos este estudo como longitudinal, pois é desenvolvido durante um intervalo de tempo, com dois períodos de colheita de dados.

1.2. OBJETIVOS

“O objetivo de um estudo é descrever, explicar ou prever, segundo o estado dos conhecimentos no domínio estudado” (Fortin et al., 2009 p.160). Este estudo tem como objetivos:

- Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da região Centro de Portugal;
- Conhecer a importância atribuída à família, pelos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal;
- Identificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, sobre Avaliação Familiar através da aplicação do Modelo de Calgary;
- Avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal?
- Avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal? questões de Investigação

Para Fortin et al. (2009), as questões de investigação derivam diretamente, dos objetivos delineados e definem a informação a que se pretende chegar, já Vilelas (2017), defende que estas constituem o enunciado interrogativo que conduzirão toda a investigação. Desta forma, definimos como questões de investigação:

- Quais são as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal?
- Qual é a importância atribuída à família dos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal?
- Quais são os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, sobre Avaliação Familiar pela aplicação do Modelo de Calgary?
- Qual é o impacto de um programa de desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal?
- Qual é o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal?

1.3. HIPÓTESES

As hipóteses de investigação surgem como um enunciado, antecipando relações entre variáveis chave e a população alvo, necessitando de verificação empírica (Fortin et al., 2009). Estas devem ser enunciadas, caso se pretendam conhecer as relações de um determinado facto com outro (Vilelas, 2017). No presente estudo pretendemos verificar as seguintes hipóteses:

H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Intervenção;

H2 - Existem diferenças estatisticamente significativas nas competências sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Intervenção.

1.4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população define-se como “um conjunto de elementos (...) que têm características comuns (Fortin et al., 2009 p.311), sobre a qual recai a investigação, “... é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam estudar algumas propriedades.” (Vilelas, 2012 p.245), difere

da população alvo, na medida em que esta “...é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações...” (Fortin et al., 2009 p.311), ou seja, são os indivíduos agrupados pelo investigador, após definir os seus critérios de inclusão e exclusão. A população alvo deste estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções numa Unidade de Saúde familiar da Região Centro de Portugal.

Pelo contrário, a amostra define-se como “...um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (...) uma réplica em miniatura da população alvo.” (Fortin, 1999 p.202) “...é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo.” (Marconi & Lakatos, p.163), sendo estes indivíduos o cerne da investigação.

A amostra do estudo, a que corresponde a população alvo, é do tipo não probabilística, por conveniência ou acidental e em bola de neve; segundo (Polit, Beck, Cheryl, Tatano & Hungler, 2004). “A amostragem de conveniência (...) acarreta o uso das pessoas mais convenientes disponíveis como participantes do estudo.” (p.226).

Os critérios de inclusão definidos para este estudo são: ser enfermeiro a desempenhar funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada que se encontram à data a exercer, não estando ausentes por licença ou motivos de doença e que aceitem participar voluntariamente no estudo.

A amostra deste estudo, foi selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência, tal como Fortin et al. (2009) a define, esta é composta por sujeitos de fácil acesso e que correspondem aos critérios de inclusão. Neste estudo participaram oito enfermeiros. O tamanho da amostra, deve-se ao facto de no momento da colheita de dados eram os que integravam a USF e aceitaram participar no estudo.

A recolha dos dados foi realizada, através de um questionário autoaplicado (Apêndice I) preenchido antes e após o programa de formação.

O questionário é um instrumento de colheita de dados de registo escrito e planeado para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, relativas a conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos (Vilelas, 2017).

A primeira parte do questionário é constituída por sete variáveis atributo, ou seja, atributos pré-existentes dos participantes (Fortin et al., 2009), que apreçam dados sociodemográficos e profissionais dos sujeitos do estudo nomeadamente:

Idade – variável quantitativa discreta e corresponde ao número de anos completos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à data da colheita de dados. Foi formulada através de uma pergunta de resposta aberta.

Género – variável qualitativa nominal, corresponde à situação jurídica da pessoa, define--se como o conjunto de propriedades atribuídas social e culturalmente em relação ao sexo dos indivíduos, alcançada por meio de pergunta com uma resposta fechada, duas opções de resposta: (1) Masculino e (2) Feminino.

Estado Civil – variável qualitativa nominal, define-se como o termo jurídico que faz referência à situação de um cidadão em relação ao matrimónio, obtida através de pergunta com resposta fechada, com quatro opções de resposta: (1) Solteiro; (2) Casado/União de facto; (3) Divorciado/Separado; (4) Viúvo.

Habilitações académicas – variável qualitativa nominal, referem-se ao conjunto de estudos realizados e documentados que certificam a capacidade de desempenhar determinado trabalho, operacionalizada por meio de pergunta com resposta fechada, com quatro opções de resposta: (1) Bacharel; (2) Licenciado; (3) Mestre; (4) Doutor.

Categoria profissional – variável qualitativa nominal, definida como a posição ou lugar que se ocupa numa profissão, obtida através pergunta de resposta fechada, com duas opções de resposta: (1) Enfermeiro; (2) Especialista.

Área de Especialidade - variável qualitativa nominal, corresponde à capacidade de passar possuir conhecimentos ou habilidades em determinada área, ou seja, permite a diferenciação profissional no processo de divisão do trabalho, obtida através pergunta de resposta aberta.

Número de anos de exercício profissional - variável quantitativa, discreta, e corresponde ao número de anos completos de exercício na profissão de enfermeiro, conta desde o seu início profissional até à data da colheita de dados. Foi formulada através de uma pergunta de resposta aberta.

Número de anos de exercício profissional em Cuidados de Saúde Primários – variável quantitativa discreta e corresponde ao número de anos completos de exercício na profissão de

enfermeiro em cuidados de saúde primários, conta desde o seu início profissional nesta área de cuidados, até à data da colheita de dados, obtida por meio de pergunta com resposta aberta.

A segunda parte do questionário aplicado neste estudo, denominada por avaliação da importância da família nos cuidados de enfermagem, é composta por duas questões seguidas da aplicação da escala ‘A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)’. Assim, nesta segunda parte temos como variáveis:

Perceção dos enfermeiros sobre a enfermagem de saúde familiar - variável qualitativa nominal, definida como o ato, efeito ou capacidade de perceber o conceito enfermagem de saúde familiar, formulada através de uma questão de resposta aberta.

Perceções dos enfermeiros, sobre condições importantes para a prática de enfermagem com as famílias - trata-se de uma variável qualitativa nominal, aborda as perceções dos enfermeiros, ou seja, a capacidade de perceber condições importantes para a prática de enfermagem com as famílias, operacionalizada através de uma questão de resposta aberta.

A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem – foi aplicada a escala IFCE-AE - A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE - 2009), trata-se de uma variável quantitativa discreta em que as respostas são do tipo Likert (4 opções de resposta). A escala (IFCE-AE), foi adaptada para a população portuguesa por Oliveira, Fernandes, Figueiredo, Ferreira, Martinho, Figueiredo, Andrade, Carvalho e Martins no ano de 2009, e tem como objetivo estimar as atitudes dos enfermeiros acerca da importância do envolvimento dos familiares nos cuidados de enfermagem (Oliveira et al., 2011). A escala é a adaptação da o Instrumento *Families importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA) desenvolvida e testada na Suécia em 2003, sendo que os itens que a constituem englobam a dimensão cognitiva, afetiva e comportamental (pensar e sentir no trabalho), além de considerar que o conceito de família neste instrumento inclui não só todos os seus membros, bem como também amigos, vizinhos ou pessoas significativas (Benzeinn, Arestedt, Jonhansson, & Saveman, 2008).

Por indicação e pedido de colaboração por parte dos autores da escala, neste estudo foi utilizada a escala IFCE-AE, numa versão que se encontra em atualização, inserida num estudo a nível europeu, para futura adaptação da escala / Instrumento *Families importance in Nursing Care – Nurses Attitudes* (FINC-NA) de Saveman, Benzein, Engström, e Årestedt (2011), que está organizada com 26 asserções e possui 5 opções de resposta segundo uma escala do tipo likert em que 1 – Discordo Completamente; 2- Discordo; 3. Nem

Discordo/Nem Concordo; 4. Concordo; 5. Concordo completamente. As pontuações atribuídas variam entre discordo completamente (1 ponto) a concordo completamente (5 pontos). A pontuação geral da escala sucede da soma de cada item podendo variar entre 26 e 130 pontos. A uma melhor pontuação final obtida significa uma atitude mais favorável do enfermeiro à participação da família nos cuidados ao utente.

O IFCE-AE foi organizado em três dimensões (Tabela 1): Família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens); Família como recurso dos cuidados de enfermagem (10 itens) e Família como um fardo (4 itens).

Tabela 1 - Dimensões da Escala IFCE-AE (2009)

Dimensões	Itens
Dimensão Um - Parceiro dialogante e recurso de coping	4; 6; 9; 12; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 24 e 25
Dimensão Dois - Recurso nos cuidados de enfermagem	1; 3; 5; 7; 10; 11; 13; 20; 21 e 22
Dimensão Três - Família como um fardo	2; 8; 23 e 26

A Escala FINC-NA (2011) é composta pelos mesmos itens 26, no entanto organizam-se em quatro dimensões (Tabela 2), nomeadamente: Família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens), Família como parceiro dialogante (8 itens), Família como um fardo (4 itens) e Família como próprio recurso (4 itens), tendo as asserções cinco itens de resposta possível: 1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Nem Discordo/Nem Concordo; 4. Concordo; 5. Concordo completamente.

Tabela 2 - Dimensões da Escala FINC-NA (2011)

Dimensões	Denominação	Itens
Dimensão Um	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	3; 4; 5; 7; 10; 11; 13; 20; 21 e 22
Dimensão Dois	Família como parceiro dialogante	1; 6; 9; 12; 14; 15; 19; e 24
Dimensão Três	Família como um fardo	2; 8; 23 e 26
Dimensão Quatro	Família como próprio recurso	16; 17; 18 e 25

Para analisar a fiabilidade, também denominada por consistência interna de um instrumento, em que os resultados obtidos por inquirido em cada item deverão ser consistentes entre si ao longo de todo o questionário, poderá ser realizada o teste de alfa (α) de Cronbach (Vilelas, 2017). Neste caso, recorreu-se ao cálculo do coeficiente alfa (α) de Cronbach, tendo-se posteriormente procedido à sua comparação com os valores de α de Cronbach obtidos por Saveman, et al., (2011) no processo de validação da escala (Tabela 3), uma vez que esta versão ainda não se encontra adaptada para a população portuguesa e após consulta de uma das mentoras do estudo europeu em desenvolvimento, Professora Doutora Maria do Céu Barbieri, a mesma foi desta opinião no processo de validação da escala.

Através do cálculo do (α) de Cronbach = 0, 806, podemos concluir que temos uma adequada consistência interna do instrumento de medida por nós utilizado, uma vez que, segundo Vilelas (2017), um resultado de α entre 0,8 e 0,9 corresponde um grau de consistência interna de boa (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise da fiabilidade do estudo atual e a comparação com a versão FINC-NA (2011)

Escalas	Dimensões	N.º de Itens	α Cronbach	
IFCN 2011 (Versão não validada para a população portuguesa)	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	10	0,869	
	Família como um parceiro dialogante	8	0,833	
	Família como fardo	4	0,728	
	Família como próprio recurso	4	0,920	
	α Cronbach Total			0,920
				0,920
Estudo realizado	Família como um recurso nos cuidados de enfermagem	10	0,859	
	Família como um parceiro dialogante	8	0,693	
	Família como fardo	4	0,753	
	Família como próprio recurso	4	0,737	
	α Cronbach Total			0,806

A terceira parte do nosso questionário, diz respeito aos conhecimentos dos profissionais sobre do processo de enfermagem à família e sobre a avaliação familiar pela aplicação do modelo de Calgary – trata-se de uma variável quantitativa discreta, obtida pela análise do instrumento, por nós construído, baseado na evidência científica, que ilustra este trabalho e nas aprendizagens realizadas ao longo do nosso percurso profissional, constituído 24 questões de resposta fechada: verdadeiro, falso ou não sei, ao qual cada resposta correta será atribuída a cotação de 1 e a cada resposta incorreta ou manifesto desconhecimento será atribuída a cotação 0, obtendo assim um valor mínimo ($X_{\text{mínimo}}$) possível de ser observado de 0 valores/pontos e um valor máximo ($X_{\text{máximo}}$) de 24 valores/pontos, com uma amplitude total possível de 24. Considerando ao valor médio ($X_{\text{med}}=12$), define-se que uma pontuação obtida inferior a 12 valores os conhecimentos dos profissionais sobre avaliação familiar pelo modelo de Calgary são insuficientes, entre 12 e 15 valores, suficientes, 16 a 19 valores bons, 20 a 22 valores muito bons e 23 a 24 valores excelentes.

A quarta parte do nosso instrumento diz respeito à avaliação de competências do enfermeiro na avaliação familiar utilizando o modelo de Calgary – foi constituída como uma variável quantitativa, compostas por afirmações, onde é solicitado ao formando que se autoavalie em relação a 10 afirmações que esboçam competências relativas à aplicação do modelo de Calgary de avaliação da família, obtida através de perguntas com respostas do tipo likert, organizadas da seguinte forma: (1) muita dificuldade, (2) alguma dificuldade, (3) nem muita/nem pouca dificuldade, (4) sem dificuldade.

A cada resposta ‘*muita dificuldade*’ é atribuída cotação 0; ‘*alguma dificuldade*’ é atribuída a cotação de 1 ponto; ‘*nem muita/nem pouca dificuldade*’ é atribuída a cotação de 2 pontos e às respostas ‘*sem dificuldade*’ são atribuídos 3 pontos, obtendo assim um valor ($X_{\text{mínimo}}$) possível ser observado de 0 pontos e um valor máximo ($X_{\text{máximo}}$) de ser observado de 30 pontos, com uma amplitude total possível de 30. O score total deste instrumento vai variar entre 0 e 30 pontos, em que quanto mais próximo de 30 maior a perceção de competência na avaliação familiar utilizando o Modelo de Calgary sentida pelo enfermeiro. Considerando ao valor médio ($X_{\text{med}}=15$), define-se que uma pontuação obtida inferior a 15 valores as competências dos profissionais sobre avaliação familiar pelo modelo de Calgary são insuficientes, entre 15 a 20 valores, suficientes, 21 a 24 valores boas, 25 a 27 valores muito boas e 28 a 30 valores, excelentes competências.

O conceito de competência define-se como conjunto de habilidades, saberes, conhecimentos, numa determinada área, neste caso, na avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary. O modelo de avaliação e intervenção na família de Calgary, adaptado a partir do Modelo de Tomm e Sanders (1983), foi desenvolvido por Wright e Leahey (2000 e 2009), integra além dos construtos teóricos da disciplina de enfermagem a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação, da mudança, a cibernética e a biologia da cognição, do pós-modernismo e feminismo. Foi um dos quatro modelos reconhecidos pela *monografia “The Family Nurse: Frameworks for Practice, do International Council of Nurses”* (Schober & Affara, 2001). Este assenta, numa estrutura multidimensional compreendido em três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento, funcional e tem sido reconhecido mundialmente e adotado em faculdades de enfermagem em países como Austrália, Grã-Bretanha, Estados Unidos, Canadá e Brasil. Constitui-se um importante utensílio na prática de enfermagem com as famílias.

1.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A investigação científica em muitas disciplinas, na maioria dos casos implica aspetos da ação humana, em qualquer área estudada, esta deve ser realizada atendendo ao respeito dos direitos da pessoa, no que diz respeito à ética, assentando em princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência (Fortin et al., 2009). Na realização deste estudo, foram respeitados estes princípios, nesse sentido foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Solicitada autorização ao coordenador da unidade de saúde selecionada para realização do estudo na mesma, o qual emitiu parecer favorável (Apêndice II);

- Pedida autorização ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde a que a unidade selecionada pertence para aplicação do estudo, a qual foi diferida (Apêndice III);
- Requerida autorização de utilização da Escala da IFCE-AE (2009), versão traduzida, adaptada e validada para Portugal por Oliveira, et al., e designada por Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala '*Families Importance in Nursing Care*' aos autores da mesma, tendo a mesma sido autorizada (Apêndice IV);
- Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo sido autorizado o pedido (Apêndice V).

Para além dos pedidos de autorizações formais, anteriormente referidos, surge ainda a dimensão ética deste estudo. Segundo Polit et al., (2004), o Belmont Report (Relatório de Belmont, 1978) aborda os princípios éticos necessários numa investigação, tais como, a beneficência, o respeito pela dignidade humana e a justiça. Estes princípios éticos subjacentes a uma investigação foram explicados e assegurados no projeto de investigação elaborado para a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Apêndice VI).

A recolha de dados foi feita a partir do questionário elaborado e aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo-se iniciado a recolha de dados entre os meses maio e junho de 2019. Esta recolha de dados, foi obtida através da aplicação do questionário num momento inicial antes do programa de intervenção aos enfermeiros que integravam a USF selecionada, que decorreu no mês de maio. Posteriormente foi desenvolvido o programa de intervenção junto dos enfermeiros que participaram na investigação que teve a duração de 2 dias, nomeadamente, no dia 17 de maio com a duração de 3 horas e no dia 31 de maio com a duração de 4 horas. A avaliação final fez-se pela aplicação novamente do questionário a todos os enfermeiros que cumpriam os critérios de seleção e que participaram no programa de intervenção e decorreu no final de junho, um mês após a intervenção, dado que não se pretendia o efeito de memória, mas sim a consolidação de competências, que requiere algum tempo, não tendo sido numa data posterior devido à limitação do tempo, para o desenvolvimento e conclusão da investigação.

Foi elaborado um documento de Informação ao Participante com todos os detalhes desta investigação (Apêndice VII), tendo sido feita uma pequena introdução ao estudo e ao questionário a aplicar antes do primeiro momento de colheita de dados, por parte dos

investigadores. Foi dado ainda aos participantes o consentimento informado relativamente à investigação em curso (Apêndice VIII). O local de colheita dos dados (antes e após a intervenção) e de realização do programa intervenção, decorreu na Unidade de Saúde Familiar onde se desenvolveu o estudo.

1.6. PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Este estudo procurou avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal e também avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal.

Com vista a trabalharmos a área dos conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary foram desenvolvidos aspetos teóricos de 3 áreas temáticas como o Processo de Enfermagem à Família, e o Modelo de Avaliação Familiar de Calgary e por último, os instrumentos Genograma e Ecomapa. A primeira área temática: Da avaliação familiar ao Processo de Enfermagem à Família, foram identificadas e descritas as fases do processo de enfermagem à família. O segundo tema foi o Modelo de Avaliação familiar de Calgary, onde se identificaram os Fundamentos Teóricos do Modelo, bem como a descrição das categorias principais e subcategorias do Modelo, e parâmetros avaliados em cada uma delas. A terceira temática envolveu conceitos e aspetos utilizados em instrumentos como o Genograma e Ecomapa.

Com vista a desenvolver as competências na avaliação familiar pelo modelo de Calgary, foram trabalhados aspetos práticos, onde foram aplicados os conceitos teóricos anteriormente abordados, envolvendo o treino no preenchimento da grelha do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary e a segunda parte envolveu o treino de construção de ecomapas e genogramas.

Os métodos utilizados para a realização das formações, foram os expositivos e interativos, tendo tido o programa de intervenção a duração total de 7 horas, em dois dias distintos, nomeadamente dia 17 de maio e 31 de maio respetivamente (Apêndice IX)

Um mês após o término do programa de intervenção, foi dado a preencher aos enfermeiros o questionário da avaliação pós- formação, que envolvia também um questionário de heteroavaliação de competências desenvolvidas no programa de intervenção.

1.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISES DE DADOS

Os dados reunidos foram tratados estatisticamente no programa informático SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versão 25,0 para o Windows. Optou-se pela apresentação dos dados sobre a forma de tabelas de modo a possibilitar uma melhor análise.

Para sistematizar as informações recolhidas, foi utilizada a estatística descritiva, mais concretamente as frequências absolutas (n°), as frequências relativas (%), médias (M), modas (Mo), medianas (Md), Desvio Padrão (σ), Valor Mínimo ($X_{mín.}$) e Valor Máximo ($X_{máx.}$), tendo em conta os dados em análise.

Com o objetivo de testar a normalidade da amostra, foi utilizado o teste Shapiro-Wilks, teste de eleição em situações que amostra é inferior a 50 elementos, (Vilelas, 2017) que revelou uma distribuição normal das variáveis dependentes em estudo, nomeadamente a variável dos conhecimentos e a variável das competências dos enfermeiros sobre do processo de enfermagem à família e sobre a avaliação familiar pela aplicação do modelo de Calgary, (Tabela 4) o que fomenta a utilização de testes paramétricos, para testar as hipóteses em estudo, sendo para tal aplicado o teste *t-student* (*t*).

Tabela 4 - Teste da Normalidade (Shapiro-Wilk)

		Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Conhecimentos	Antes	0,190	0,8	0,200*	0,908	8	0,339
Competências	Antes	0,195	8	0,200*	0,927	8	0,486

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

O tratamento de dados qualitativos mais especificamente das questões abertas, sobre a perceção da amostra sobre enfermagem de saúde familiar e perceções dos enfermeiros, sobre condições importantes para a prática de enfermagem com as famílias foi feita através da análise de conteúdo de Bardin.

A análise de conteúdo define-se “...como um conjunto de técnicas de análise das comunicações utilizando para tal procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 2011, p.40). Segundo a mesma autora, constitui um processo que envolve 3 fases: a pré-análise, a exploração do material e por último o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise tem como missão, a escolha dos documentos a serem analisados, a formulação de hipóteses, objetivos e a confeção de indicadores que apoiem a interpretação final. Na fase de exploração do material, os dados brutos são codificados, para alcançar o núcleo da interpretação do texto. O tratamento dos

resultados obtidos a inferência e a interpretação compreendem operações estatísticas a que os dados brutos são sujeitos, para assim se tornarem significativos e o investigador poder fazer inferências. Cada uma destas fases envolve determinados procedimentos que são evidenciados na Figura 3. Dentro da análise de conteúdo existem várias técnicas que podem ser aplicadas. Neste caso, optou-se pela análise temática ou categorial, “...sendo esta a mais utilizada, e consiste em operações de desmembramento do texto em unidades (categorias)...” (Vilelas, 2017, p.394).

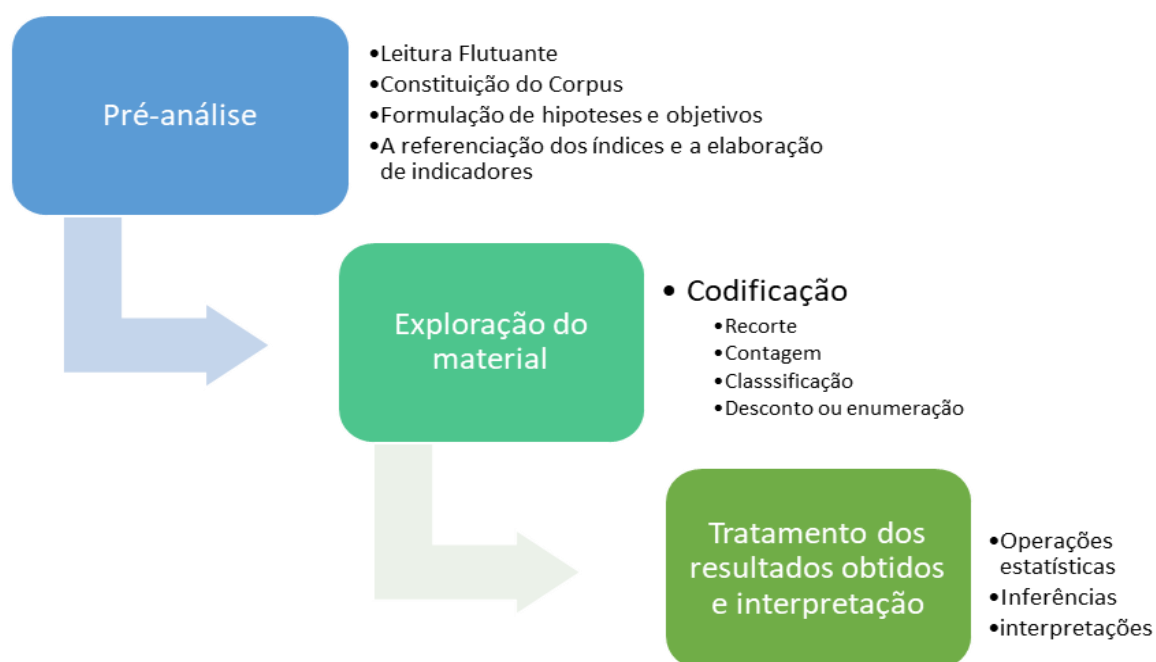


Figura 3: Esquema da análise de conteúdo de Bardin (2011).

Desta forma, no que concerne às variáveis: percepção dos enfermeiros sobre a enfermagem de saúde familiar e percepções dos enfermeiros, sobre condições importantes para a prática de enfermagem com as famílias, procedemos à leitura flutuantes das respostas dadas pelos participantes do estudo, posteriormente à constituição do corpus e formulação de hipóteses e objetivos, e respetiva referenciação dos índices e a elaboração de indicadores. Terminada a fase de pré-análise, passámos à fase da exploração do material, onde através de vários procedimentos como recorte, contagem, classificação e enumeração, concretizámos a codificação. Terminada esta etapa, realizámos o tratamento dos dados obtidos e respetiva interpretação.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo serão apresentados os resultados alcançados, que resultaram da análise estatística e da análise de conteúdo.

2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Neste subcapítulo, iniciaremos a apresentação e análise dos resultados do **questionário sociodemográfico e profissional da amostra**, sendo que neste estudo observamos que a média das idades dos enfermeiros que participaram é de 46,8 anos ($\sigma=5,87$), com um valor mínimo ($X_{mín.}$) de 38 anos e um valor máximo ($X_{máx.}$) de 56 anos de idade (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da amostra face à idade

Idade	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{mín.}$)	Valor Máximo ($X_{máx.}$)	N
	46,75	47,50	38	5,87	38	56	8

Observamos que a totalidade da amostra é do sexo feminino num total de oito enfermeiros (Tabela 4). Relativamente ao estado civil, verificamos que 75,00% (n=6) dos enfermeiros, são casados ou vivem em união de facto, sendo que, 12,50% (n=1) são divorciados e 12,50 (n=1) são solteiros (Tabela 6).

No que concerne às habilitações académicas, conclui-se que 100% (n=8) dos enfermeiros são licenciados. Em relação à categoria profissional, observamos que 87,50% (n=7) são enfermeiros, sendo que 12,50% (n=1) são enfermeiros especialistas (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra face aos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros

Sexo	nº	%
Feminino	8	100,0
Masculino	0	0,0
Total	8	100,0
Estado civil	nº	%
Solteiro	1	12,50
Casado ou união de fato	6	75,00
Divorciado ou separado	1	12,50
Viúvo	0	0,00
Total	8	100,0
Habilitações Académicas	nº	%
Bacharel	0	0,00
Licenciado	8	100,00
Mestre	0	0,00
Doutor	0	0,00
Total	8	100,0
Categoria Profissional	nº	%
Enfermeiro	7	87,50
Enfermeiro Especialista	1	12,50
Total	8	100,0

Quando nos debruçamos sobre a experiência profissional dos enfermeiros que participaram na investigação, verificamos a média é de 24,9 anos ($5,11 = \sigma$), com um valor mínimo ($X_{\text{mín.}}$) de 17 anos e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 33 anos de exercício profissional (Tabela 7).

No que diz respeito à experiência em cuidados de saúde primários da amostra, conclui-se que a média é de 11,3 anos ($5,1 = \sigma$), com um valor mínimo ($X_{\text{mín.}}$) de 6 anos e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 21 anos de exercício nesta área de cuidados (Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização da amostra face à experiência profissional dos enfermeiros

Tempo de Exercício Profissional (anos)	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\text{mín.}}$)	Valor Máximo ($X_{\text{máx.}}$)	N
	24,88	26,0	26	5,11	17	33	8
Experiência Cuidados de saúde primários (anos)	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\text{mín.}}$)	Valor Máximo ($X_{\text{máx.}}$)	N
	11,25	10,5	6	5,10	6	21	8

2.2. RESULTADOS RELATIVOS À IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À FAMÍLIA PELOS ENFERMEIROS QUE INTEGRAM UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL.

Neste subcapítulo iremos proceder à análise da importância atribuída à família pelos enfermeiros, tendo sido estudada através de duas questões de resposta aberta, nomeadamente: a perceção dos enfermeiros sobre a enfermagem de saúde familiar e as perceções dos enfermeiros sobre as condições que consideram importantes para a prática de enfermagem com as famílias. Esta análise qualitativa foi efetuada através da análise de conteúdo de Bardin.

Através das respostas conseguidas à questão aberta, na qual se solicita ao participante que indique três palavras-chave que associa ao conceito de enfermagem de família, apuraram-se 24 respostas, tendo sido agregadas pelo investigador em 2 categorias evidenciadas na Tabela 8.

Na categoria “cuidar como paradigma”, subentende-se aqui como o modelo ou padrão ideal a ser seguido no cuidar, englobam-se aqui as unidades que definem um modelo ou um ideal de cuidar a seguir, sendo esta a de maior expressão, com 16 respostas. Assim obtiveram-se nas unidades de registo: cuidar e envolvimento; 3 respostas a cada uma delas; nas unidades de registo: apoio, proximidade, e laços tiveram todas elas 2 respostas cada, conseguiram-se também 1 resposta às unidades de registo parceria, cooperação, acessibilidade e confiança.

Na categoria definida como “Status profissional”, agrega condições ou atitudes profissionais, associadas ao enfermeiro, com 8 respostas. Nesta categoria, surgem seis diferentes unidades de registo, tais como: competência, responsabilidade, orientação, educação, promover e prevenir, sendo que, todas elas obtiveram uma resposta, à exceção da unidade de registo orientação que obteve 3 respostas.

Tabela 8 - Distribuição da amostra face à percepção dos profissionais acerca enfermagem de família.

Categoria	Unidade de Registo	n.º
Cuidar (paradigma)	Cuidar	3
	Apoio	2
	Proximidade	2
	Parceria	1
	Envolvimento	3
	Cooperação	1
	Acessibilidade	1
	Laços	2
	Confiança	1
	Total da Categoria	16
	Status profissional	Competência
Responsabilidade		1
Orientação		3
Educação		1
Promover		1
Prevenir		1
Total da Categoria	8	

Relativamente às percepções dos enfermeiros, sobre as condições importantes para a prática com as famílias, as respostas obtidas pela questão de resposta aberta, são evidenciados na Tabela 9.

Obtivemos assim 2 categorias: a categoria de promoção ou facilitante; subtende-se condição favorável à prática de enfermagem com a família, e a segunda de barreira/obstáculo ou condicionante para a prática com a família, como o próprio nome o incute, condição limitante.

Assim na categoria de promoção, obtivemos na unidade de registo: família como parceira nos cuidados 6 respostas; tal como na unidade e registo: o conhecimento dos membros que compõem a família (6), há ainda a acrescentar que as categorias: participação da família nos cuidados de enfermagem, bem como a opinião da família na elaboração do plano de cuidados de enfermagem obtiveram 5 respostas cada.

Na categoria barreira e obstáculo, de menor representatividade, obtiveram-se 2 respostas na única unidade de registo: tempo disponível para trabalhar com a família insuficiente.

Tabela 9 - Distribuição da amostra face à percepção dos enfermeiros sobre condições importantes para a prática de enfermagem com as famílias.

Categoria	Unidade de Registo	n.º
Promoção	Conhecimento dos membros da família	6
	Participação da família nos cuidados de enfermagem	5
	Família como parceira nos cuidados de Enfermagem	6
	Opinião da família relativamente ao plano de cuidados	5
	Total da Categoria	22
Barreira/obstáculo/condicionante	Tempo disponível para trabalhar com a família insuficiente	2
	Total da Categoria	2

Relativamente à escala IFCE-AE versão em atualização (Tabela 10) a média global obtida foi de 94,75 ($\sigma = 7,81$), com um valor mínimo ($X_{mín.}$) de 77 e um valor máximo ($X_{máx.}$) de 102 pontos permite-nos concluir que nossa amostra, vê e reconhece a importância da família nos cuidados de enfermagem.

Tabela 10 - Caracterização da amostra face à escala IFCE-AE versão em atualização (2011) e respetivas dimensões

	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{mín.}$)	Valor Máximo ($X_{máx.}$)	N
Família como parceiro dialogante e recurso de coping	47,50	48,00	47,00	4,96	39,00	53,00	8
Família como recurso nos cuidados de enfermagem	39,25	41,00	41,00	4,71	29,00	44,00	8
Família como um fardo	8,00	7,5	5,00	2,67	5,00	13,00	8
Total da IFCE-AE	94,75	96,00	96,00	7,81	77,00	102,00	8

2.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA ANTES E APÓS O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Relativamente à avaliação de conhecimentos, na fase inicial, verificamos a média é de 8,88 ($\sigma = 6,31$), com um valor mínimo ($X_{mín.}$) de 0 e um valor máximo ($X_{máx.}$) de 16 pontos (Tabela 11), permite-nos concluir através do valor da média (8,88) que o nível de conhecimentos dos profissionais no momento que antecedeu à implementação do programa de intervenção era baixo, na medida em que na classificação de 0 a 24 possível, apresenta um valor inferior a 12 que constitui o ponto de referência para positivo (X_{med}). Posteriormente na segunda avaliação, a média é de 22,63 ($\sigma = 1,06$), com um valor mínimo ($X_{mín.}$) de 20 e um valor máximo ($X_{máx.}$) de 23 pontos (Tabela 11), verificando-se uma melhoria acentuada no valor média traduzindo-se numa melhoria do nível dos conhecimentos dos profissionais na variável em análise.

Tabela 11 - Caracterização da amostra face à avaliação de Conhecimentos dos enfermeiros antes e após o programa de intervenção

		Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\text{mín.}}$)	Valor Máximo ($X_{\text{máx.}}$)	N
Avaliação de Conhecimentos	Antes	8,88	10,00	16,00	6,31	0,00	16,00	8
	Após	22,63	23,00	23,00	1,06	20,00	23,00	8

2.4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA QUANTO AVALIAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA E SOBRE A AVALIAÇÃO FAMILIAR PELA APLICAÇÃO DO MODELO DE CALGARY ANTES E APÓS O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

No que respeita à avaliação de competências, na primeira fase de avaliação, o score médio foi de 13,50 ($\sigma = 7,50$), variando entre com um valor mínimo ($X_{\text{mín.}}$) de 4 e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 28 pontos (Tabela11). Face aos dados obtidos podemos aferir que o nível da média de competência dos profissionais, era insuficiente.

No segundo momento de avaliação através do questionário aplicado, a média foi de 27,94 ($\sigma = 1,78$), situando-se o nível de competências em muito boas, os resultados obtidos oscilaram entre ($X_{\text{mín.}}$) de 24 e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 30 pontos (Tabela 12). Como tal podemos concluir que houve um acréscimo considerável ao nível das competências dos profissionais sobre o processo de enfermagem à família e sobre a avaliação familiar pela aplicação do modelo de Calgary, após a implementação do programa de intervenção.

Tabela 12 - Caracterização da amostra face à avaliação de competências dos enfermeiros antes e após o programa de intervenção

		Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\text{mín.}}$)	Valor Máximo ($X_{\text{máx.}}$)	N
Avaliação de competências Processo de Enfermagem à Família	Antes	13,50	14,50	15,00	7,50	4,00	28,00	8
	Após	27,94	28,50	28,50	1,78	24,00	30,00	8

2.5. TESTE DE HIPÓTESES

Para testar as hipóteses deste estudo, utilizámos o Teste t de Student, que segundo Vilelas (2017) é aplicado em situações que uma variável quantitativa discreta ou contínua que tem uma curva de distribuição normal e em duas amostras relacionadas.

Relativamente aos testes estatísticos Vilelas (2017) refere ainda que o valor p representa a probabilidade, e este permite definir como iremos tratar a Hipótese nula (hipótese oposta à hipótese a ser investigada).

Se $p=0,1$ não existe evidência contra a hipótese nula (H_0) e não é possível rejeitar esta hipótese;

Se $p < 0,1$ há menor evidência contra H_0 ; Se $p < 0,05$, há uma evidência significativa contra H_0 , e é possível rejeitar a hipótese nula;

Se $p < 0,01$, existe uma evidência muito significativa contra H_0 , sendo possível rejeitar a hipótese nula;

Se $p < 0,001$, existe uma evidência muito significativa contra H_0 sendo possível rejeitar a hipótese nula;

As hipóteses indicam o rumo a seguir ao investigador, orientam o seu trabalho designando os caminhos da investigação, dito de outra forma podemos dizer que que uma hipótese é uma previsão das relações entre duas ou mais variáveis. No fundo são uma combinação do problema e do objetivo a que o estudo se propõe atingir sob a forma de uma preposição do estudo (Vilelas, 2017). Estas preposições são suscetíveis de ser submetidas à prova (testes de hipóteses) que levará à sua aceitação ou rejeição (Pocinho, 2012). Assim sendo procedemos ao teste das duas hipóteses, que havíamos definido deste estudo.

H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

Como referido anteriormente, aplicou-se o teste de T de *Student*, nos instrumentos de avaliação de conhecimentos e de competências, entre os dois momentos de avaliação, antes da intervenção (1º momento - antes) e após a intervenção (2º momento pós), evidenciando os resultados nas Tabelas 13 e 14.

No resultado da aplicação do teste t de *Student* relativamente à avaliação de conhecimentos sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($t = -5,67$; $p \leq 0,05$) nos conhecimentos entre o segundo momento de avaliação e o primeiro momento de avaliação, podemos acrescentar face ao valor obtido existe uma evidência muito significativa contra a hipótese nula, aceitando-se a

H1, o que traduz que existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação (Tabela 13).

Tabela 13 - Aplicação do teste estatístico de T de Student para amostras relacionadas face à avaliação de Conhecimentos dos enfermeiros de uma USF da região centro do país antes e após o programa de intervenção

	Diferenças emparelhadas				t	df	Sig. (2 extremidades)	
	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (σ)	Desvio padrão da média	95% Intervalo de Confiança da Diferença				
				Inferior				Superior
Avaliação de conhecimentos antes programa – Avaliação de conhecimentos após programa	-13,75	6,86	2,43	-19,49	-8,01	-5,67	7,00	,001

H2 - Existem diferenças estatisticamente significativas nas competências sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

Relativamente ao impacto nas competências sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, pela aplicação do teste T de *student*, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($T = -5,01$; $p \leq 0,05$), antes e após do plano interventivo, permitindo também aferir que existe uma evidência muito significativa contra a hipótese nula, rejeitando a mesma, aceitando-se a H2, o que traduz que existem diferenças estatisticamente significativas nas competências sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de intervenção (Tabela 14).

Tabela 14 - Aplicação do teste estatístico de T de Student para amostras relacionadas face à avaliação de competências dos enfermeiros de uma USF da região centro do país, antes e após o programa de intervenção

	Diferenças emparelhadas				t	df	Sig. (2 extremidades)	
	Média (\bar{X})	Desvio Padrão (σ)	Desvio padrão da média	95% Intervalo de Confiança da Diferença				
				Inferior				Superior
Avaliação de competências antes programa – Avaliação de competências após programa	-14,44	8,16	2,88	-21,26	-7,62	-5,01	7	,002

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo serão analisados os resultados obtidos, apurando a contribuição destes para o estudo em si, levando em conta as questões de investigação delineadas, contrapondo ou atestando estudos anteriores. Como tal procederemos inicialmente à análise das características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros.

Pela amostra em estudo, os resultados alcançados, evidenciaram uma amostra com uma média de idades, de 46,8 anos ($\sigma=5,87$), em contrapartida, Silva, Costa e Silva (2013) num estudo desenvolvido a enfermeiros de administração regional de saúde do Centro, em que estudaram as atitudes dos enfermeiros face à família, verificaram que a média de idades, foi de 40,59 anos ($\sigma=8,63$), verificando-se que a nossa amostra apresenta uma média de idades superior.

No que diz respeito composição da amostra, verificamos que é na totalidade do sexo feminino, tal se não verificou nos estudos realizados por Fernandes (2015) em que fração feminina representava 86,9%, bem como Silva Costa e Silva (2013), em que o sexo feminino representava 85,5% da amostra.

Relativamente ao estado civil, verificamos que 75,00% ($n=6$) dos enfermeiros, são casados ou vivem em união de facto, sendo que, 12,50% ($n=1$) são divorciados e 12,50 ($n=1$) são solteiros, não foram encontrados estudos que contemplassem esta variável, que pudessem contrapor ou cimentar, este facto.

No que diz respeito às habilitações académicas, conclui-se que 100% ($n=8$) dos enfermeiros são licenciados, não existindo outros graus, pelo contrário Fernandes (2015), no estudo intitulado: «A família como foco de cuidados de enfermagem, aprendendo com o *family nursing game*» havia concluído que 96,9% da sua amostra era licenciado, sendo os restantes detentores do título de bacharel ou mestrado.

Em relação à categoria profissional, observamos que 87,50% ($n=7$) são enfermeiros, sendo que 12,50% ($n=1$) são enfermeiros especialistas, assim a categoria enfermeiro é superior ao achado por Fernandes (2015) em que esta categoria representava 58% do total da amostra, tal como no estudo de Silva Costa e Silva (2013) tinha uma representatividade 62,20%. O facto da categoria de especialista ser tão reduzida, poderá estar relacionado com o facto de na proximidade desta unidade de saúde existir apenas uma Escola Superior de Saúde neste caso em Leiria, distando as seguintes de 76 e 83 km, Coimbra e Santarém, respetivamente.

Quando nos focamos na experiência profissional dos enfermeiros que participaram na investigação, verificamos a média é de 24,9 anos ($\sigma = 5,11$), consideravelmente superior ao verificado por Fernandes (2015), em que este valor, é apenas de 16,2 anos, e também superior à média obtida por, Silva Costa e Silva (2013) de 16,37 anos.

No que diz respeito à experiência em cuidados de saúde primários da amostra, conclui-se que a média é de 11,3 anos ($\sigma = 5,1$), com um valor mínimo ($X_{\text{mín.}}$) de 6 anos e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 21 anos de exercício nesta área de cuidados, neste caso esta é ligeiramente inferior aos resultados obtidos por Silva, Costa e Silva (2013), em que os resultados revelaram que a experiência em cuidados de saúde primários por parte dos enfermeiros era de 12,16 anos.

Relativamente à importância atribuída à família por parte da amostra verificamos que as respostas obtidas à questão que aborda a perceção do conceito de enfermagem familiar, verificamos que os profissionais dirigiram as suas respostas a duas áreas: “cuidar como paradigma”, englobam-se aqui as unidades que definem um modelo ou um ideal de cuidar a seguir, envolvendo unidades de registo: cuidar e envolvimento, apoio, proximidade, laços, parceria, cooperação, acessibilidade e confiança. Face a estas respostas, podemos concluir que os enfermeiros implicados no estudo, percecionam o conceito de enfermagem familiar associado ao processo de cuidar, envolvimento, apoio, proximidade, laços, parceria, cooperação, acessibilidade e confiança, sendo esta a de maior expressão. Tal como Santos (2012) num estudo realizado a enfermeiros na região autónoma da Madeira, também havia concluído que a categoria de cuidar como paradigma era a que apresentava maior representatividade na sua amostra para o conceito de enfermagem de família, cerca de 34,4%, indo assim ao encontro dos resultados desta investigação, contudo neste estudo apresenta valores bastante superiores, cerca 66,67% do total de respostas. A segunda categoria designada por “Status profissional”, agrega condições ou atitudes profissionais associadas ao enfermeiro, com 8 respostas, envolve unidades de registo como competência, responsabilidade, orientação, educação, promover e prevenir, podemos concluir que os enfermeiros associam o conceito de enfermagem de família, a capacidades dos enfermeiros, como competência e responsabilidade, orientação, educação, promoção e prevenção. Quando confrontamos os resultados obtidos com os obtidos por Santos (2012), verificamos que esta autora obteve um resultado de 21,3% de contributo para o conceito de enfermagem de família, enquanto que na nossa amostra esta categoria, representa 33,23%.

Relativamente às perceções dos enfermeiros, sobre as condições importantes para a prática com as famílias, as respostas obtidas pela questão de resposta aberta, concluímos que os enfermeiros, consideram importante para a sua prática com a família considerar a família parceira nos cuidados, incluir a sua participação nos cuidados de enfermagem, bem como a sua opinião na elaboração no plano de cuidados, assim como conhecer os membros que a compõem. Por outro lado, dois deles apresentam como fator condicionante o facto de não disporem o tempo suficiente para a prática com a família. Não nos é permitido comparar estes resultados com os de outros estudos por inexistência de investigações que abordem esta área.

No que diz respeito às atitudes dos enfermeiros relativamente à importância da família nos cuidados de enfermagem pela aplicação da versão modificada da Escala importância da família dos cuidados de enfermagem (IFCE-AE) versão em atualização, verificamos que o score médio obtido foi de 94,75 ($\sigma = 7,80$), comparando com Saveman et al. (2011), os resultados do nosso estudo, ficam ligeiramente abaixo, em que a média foi de 104 pontos, contudo não deixa de ser bastante considerável a importância dada à participação da família nos cuidados de enfermagem. Também Barbieri-Figueiredo et al. (2012), num estudo denominado por atitudes, conceções e práticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários, haviam concluído, que os enfermeiros demonstravam uma atitude favorável à inclusão e participação da família nos cuidados de enfermagem. Na dimensão família como parceiro dialogante e recurso de coping a média obtida foi de 47,50 ($\sigma = 4,96$), ligeiramente abaixo, do obtido por Barbieri-Figueiredo et al (2012) 50,08, num total de 60 pontos possíveis. Relativamente à dimensão família como recurso nos cuidados de enfermagem, a média por nós obtida foi de 39,25 ($\sigma = 4,71$), também ligeiramente abaixo do obtido por Barbieri-Figueiredo et al. (2012) que foi de 43,23 pontos num universo de 50 de pontos possíveis. Na dimensão família como um fardo, através dos resultados obtidos em que quanto menor a pontuação melhor é atitude dos enfermeiros face à participação nos cuidados de enfermagem, a média obtida foi de 8 ($\sigma = 2,67$), muito próximo do valor de 7,96 alcançado no estudo de Barbieri-Figueiredo et al. (2012) num total de 20 pontos possíveis. Face aos resultados obtidos nas diferentes dimensões e na globalidade, podemos concluir que os elementos, constituintes da amostra, possuem atitudes de suporte em relação à família.

No que diz respeito aos conhecimentos da amostra sobre Avaliação Familiar através da aplicação do Modelo de Calgary; verificamos que estes antes da aplicação do programa de

intervenção, verificamos a média foi de 8,88 ($\sigma = 6,31$), com um valor mínimo ($X_{\text{mín.}}$) de 0 e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 16 pontos, o que indica que o nível de conhecimentos dos profissionais antes era baixo, na medida em que na classificação de 0 a 24 possível, apresenta um valor inferior a 12 que constitui o ponto de referência para positivo (X_{med}), o que não é novidade, pois segundo Wright e Leahey (2011), a maioria dos enfermeiros, na sua formação de base não teve contacto com enfermagem de sistemas. Os mesmos concluíram Martins et al. (2012) em que observaram que grande parte dos enfermeiros, não conhece qualquer modelo de avaliação ou intervenção na família.

Analogamente, a uma das questões fundamentais deste estudo, que concerne ao impacto de um programa de desenvolvimento de conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, salientamos que a média dos conhecimentos da amostra antes do programa de intervenção era de 8,88 ($\sigma = 6,31$), classificados assim como insuficientes, face aos critérios definidos, variando entre um valor mínimo ($X_{\text{mín.}}$) de 0 e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 16 pontos, e após o programa verificámos que a média obtida foi de 22,63 ($\sigma = 1,06$), tendo assim muito bons conhecimentos, com um valor mínimo ($X_{\text{mín.}}$) de 20 e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 23 pontos. Como tal após ter sido efetuado o tratamento estatístico inferencial, concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas, nos conhecimentos sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, dos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da região centro de Portugal, antes e após a implementação de um programa de intervenção, verificando-se aquisição ou transferência de conhecimentos, tendo portanto impacto favorável à aquisição de conhecimentos. Também Santos (2012), concluiu, num estudo por ele desenvolvido que a eficácia do programa de intervenção educacional indicou a transferência de conhecimento e, como tal seria útil implementar em contextos de enfermagem semelhantes.

Foi também avaliado o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary nos profissionais de enfermagem que compõem a amostra. Desta forma, com os dados obtidos antes do programa formativo no que concerne à autoavaliação de competências dos enfermeiros verificou-se o score médio foi de 13,50 ($\sigma = 7,50$), ou seja nível de competências insuficientes, variando entre com um valor mínimo ($X_{\text{mín.}}$) de 4 e um valor máximo ($X_{\text{máx.}}$) de 28 pontos, em contrapartida, após o programa de intervenção, verificou-se através de avaliação de competências por

heteroavaliação verificou-se que o valor médio obtido, foi de 27,94 ($\sigma = 1,78$), muito boas competência, os resultados obtidos oscilaram entre ($X_{mín.}$) de 24 e um valor máximo ($X_{máx.}$) de 30 pontos. Pela aplicação da análise estatística inferencial, conclui-se que por rejeição da hipótese nula, existem diferenças estatísticas significativas entre as competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que compõem a amostra, que permite concluir que ocorreu desenvolvimento franco de competências com o programa de intervenção. Também Fernandes (2014), concluiu ter havido alteração no foco de cuidados, na avaliação e intervenção da família, bem como, significativo aumento da frequência de registos relativos às categorias e subcategorias do modelo de Calgary, realçando-se as intervenções no domínio afetivo, e concluiu também a construção de um jogo interativo é válida para capacitar na abordagem à família. Já Silva, Moules, Silva e Bousso, (2013), concluíram que após o programa educativo, que ao utilizar a entrevista de 15 minutos na prática clínica o enfermeiro do programa de saúde familiar, compreende o impacto positivo dessa ferramenta na relação que tem com as famílias a quem presta cuidados, ampliando seu olhar sobre elas, favorecendo a implementação de novas intervenções pode funcionar como um contexto que facilita o aprofundar das relações entre enfermeiros e famílias na Estratégia Saúde da Família.

Tal como tínhamos abordado anteriormente com Benner, a teoria é uma ferramenta essencial para explicar e predizer orientar o enfermeiro na demanda dos problemas, no entanto não é por si só suficiente, esta servirá de suporte para uma prática competente em enfermagem, na medida em que o conhecimento que envolve a prática, destapa e interpreta a teoria, amplia-a, sintetiza e adapta-a na prática dos cuidados de enfermagem. Com este programa de intervenção pretendeu-se que este sirva de base e trampolim para uma nova abordagem à família. Com as experiências quer a nível pessoal ou mesmo das aprendizagens do dia a dia de trabalho com a família os enfermeiros vão desenvolvendo competências, transitando por vários níveis de competência, que divergem entre eles na forma de pensar, atuar ou intervir. Wright e Leahey (2011) acrescentam ainda que quando as enfermeiras detêm uma estrutura conceptual clara para a avaliação e intervenção nas famílias, neste caso o modelo de avaliação de Calgary de avaliação familiar, estas podem também começar a considerar as várias novas competências para entrevistar a famílias, neste caso deixam de deter apenas habilidades de um conhecimento geral, passando a dominar conhecimentos e habilidades de uma prática avançada com a família.

CONCLUSÃO

Com o envelhecimento populacional, o desenraizamento social, conjugados com alterações políticas e sociais, e escassez de recursos de saúde, a sociedade atual depara-se com um novo paradigma. Urge reinventar-se e otimizar os recursos comunitários disponíveis, como tal a família surge como uma lufada de ar puro que pode constituir um balão de oxigénio, para assegurar necessidades e cuidados de saúde aos seus membros que deles necessitam.

Quando um membro da família adoece, ou por algum motivo, se encontra menos bem, todos os restantes membros sentem e sofrem de alguma forma esses constrangimentos. Por outro lado, a família ao longo do ciclo vital, sofre alterações que estão mais ou menos padronizadas, previsíveis ou acidentais, que requerem ajustamentos nos seus elementos. Interessa ainda salientar que família é quem o utente diz que é e não se restringe só a laços consanguíneos. Como tal cabe ao enfermeiro de família, estar preparado e capacitado, para poder avaliar, intervir e servir de apoio e suporte às famílias, que lhe estão consignadas. Com a especialidade de enfermagem de saúde familiar, recentemente criada pela Ordem dos Enfermeiros (2018), conciliada com alterações a nível das políticas de saúde mais especificamente a nível dos cuidados de saúde primários, bem como políticas sociais várias, envolvendo incentivos ao aumento da taxa de natalidade, como a recente criação do estatuto de cuidador informal, poderão ter um protagonismo fundamental para virar a página, de maneira a otimizar os recursos familiares disponíveis. Assim, cabe ao enfermeiro de cuidados de saúde primários, estar disponível para desenvolver capacidades e competências, para ser essa trave de suporte à família, envolvendo-a, questionando-a sobre a sua opinião e implicando-a no plano de cuidados ao utente. Conforme definido pela o enfermeiro de família deve ser a trave mestra e operante na garantia do acesso aos cuidados de saúde e na prestação de cuidados, no âmbito de cuidados de saúde primários. É incutido ao enfermeiro de família responsabilidades como, cuidar da família como unidade de cuidados e de cada um dos seus membros ao longo do seu ciclo vital nos diferentes níveis de prevenção, além de liderar e colaborar em processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

Com a realização desta investigação pretendeu-se contribuir de alguma forma para a aquisição de novos conhecimentos e de competências aos enfermeiros de uma unidade de saúde familiar da região Centro do país, o que através do tratamento estatístico foi evidenciado. Assim, através deste estudo em que os objetivos eram: conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da região

Centro de Portugal; conhecer a importância atribuída à família, pelos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal; identificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, sobre Avaliação Familiar através da aplicação do Modelo de Calgary; avaliar o impacto de um plano formativo na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências na avaliação familiar pelo modelo de Calgary e na apreciação competências sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary. Foram estes que serviram de fio condutor para todo o desenrolar da investigação, através dos quais alcançámos os resultados. Ao concluir esta investigação, podemos dizer os objetivos definidos, foram atingidos na sua globalidade, bem como as hipóteses em estudo foram verificadas.

Assim, verificou-se que a nossa amostra em estudo era composta na totalidade de elementos do sexo feminino, em que a média de idades era de 46,8 anos. Quanto às habilitações académicas todos eram licenciados. A categoria de enfermeiro especialista, representa 12,5% da amostra total. Relativamente ao tempo de exercício profissional a média é de 24,9 anos. Quando abordamos a experiência em cuidados de saúde primários verificamos que esta é de 11,3 anos.

No que diz respeito à importância atribuída à família por parte da amostra verificamos que quando questionados sobre o conceito de enfermagem familiar, estes associam-na ao “cuidar como paradigma”, considerando que implica cuidar, envolvimento, apoio, proximidade, laços, parceria, cooperação, acessibilidade e confiança. Por outro lado, expressaram, mas de uma forma menos frequente, a qual denominámos “Status profissional” requisitos por parte dos enfermeiros, como competência, responsabilidade, orientação, educação, promover e prevenir. Ainda relativamente à importância atribuída à família, os enfermeiros, quando abordados sobre as perceções sobre as condições importantes para a prática com as famílias, estes atentam importante para a sua prática com a família, considerar a família parceira nos cuidados, incluir a sua participação nos cuidados de enfermagem, bem como a sua opinião na elaboração no plano de cuidados, assim como conhecer os membros que a compõem. Alguns deles, referiram ainda como condicionante o facto de não disporem o tempo suficiente para pôr em prática aquilo que eles consideram importante para trabalhar com a família, sendo esta o foco de cuidados e não como contexto ou recurso.

Paralelamente a estas perceções, verificámos que as atitudes dos enfermeiros relativamente à importância da família nos cuidados de enfermagem pela aplicação da versão em atualização da Escala a importância da família dos cuidados de enfermagem (IFCE-AE) com os resultados obtidos nas diferentes dimensões e na globalidade, podemos concluir que os elementos, constituintes da amostra, possuem atitudes de suporte em relação à família.

Relativamente às hipóteses de investigação verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas, nos conhecimentos sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um programa de intervenção, com esta investigação, foi possível confirmar assim a aquisição ou consolidação de conhecimentos, tendo portanto impacto favorável ao processo de desenvolvimento de conhecimento. Também concluímos que existem diferenças estatísticas significativas entre as competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que compõem a amostra, que permite concluir que ocorreu desenvolvimento de competências com o programa de intervenção, uma vez que um mês após o programa de intervenção estas foram evidenciadas.

Em suma, com a realização deste estudo, podemos dizer que conseguimos dar resposta aos objetivos definidos, apesar das barreiras e obstáculos que foram surgindo. Conseguimos apontar como limitações, a escassez de estudos nacionais nesta área, talvez devido à ainda precoce e recentemente criada especialidade de Enfermagem de saúde familiar, bem como o curto espaço de tempo para a elaboração do mesmo, dividindo pelas diferentes fases. O facto da nossa amostra ser de tamanho reduzido, poderá ser um fator limitante a nível de resultados. No entanto, o objetivo era trabalhar e desenvolver o programa de intervenção com um grupo limitado de enfermeiros, pelo que alcançámos o pretendido.

Um dos grandes dilemas com que a enfermagem de família se depara é a mudança de paradigma em que a família deixa de ser contexto e passa a ser o foco dos cuidados, para que tal aconteça, é necessário que o enfermeiro na sua formação detenha conhecimentos de modelos de avaliação familiar. Porém, no nosso país como em muitos outros tal não se verifica, os enfermeiros que cuidam das famílias a maioria deles, não contactou na sua formação de base, com modelos de avaliação e intervenção familiar, à exceção dos enfermeiros com especialidade de enfermagem de saúde familiar, ou dos enfermeiros que nos anos mais recentes fizeram o curso de base.

Face aos resultados alcançados com o programa de intervenção, é do nosso interesse participar em eventos de natureza científica no âmbito da especialidade de enfermagem de saúde familiar, ou disseminar em publicações do foro desta especialidade, contribuindo assim com mais uma abordagem para o leque de programas formativos e interventivos direcionados a munir os enfermeiros de família de conhecimentos e competências na avaliação familiar pelo modelo de Calgary. Em próximos estudos, seria interessante averiguar as relações existentes entre os conhecimentos e competências dos profissionais sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, e variáveis como o tempo de exercício profissional, experiência em cuidados de saúde primários, as habilitações académicas e profissionais.

Face a isto tudo, podemos dizer que procurámos dar mais alguns passos num longo caminho a percorrer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *Desequilíbrios Familiares*. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (E. 70, Ed.) (Edição Rev). Coimbra.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- Barbieri-Figueiredo, M., C., A. (2011). Enfermería Familiar y Comunitária en el âmbito internacional - Enfermería de Família em Portugal: um caminho em desrrollo. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitária*, 4(2), 45–48.
- Barbieri-Figueiredo, M. C.; Santos, M. R. ., Andrade, L. ., Vilar, A. I. ., Martinho, M. J., & Fernandes, I. (2012). Atitudes conceções e praticas dos enfermeiros na prestação de cuidados às famílias em cuidados de saúde primários. In CARVALHO, J.C. et al. (Eds.). Em ESEP (Ed.), *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 36–43). Porto.
- Benzeinn, E., Arestedt, K., Jonhansson, P., & Saveman, B. (2008). Families Importance of families in nursig care : nurses attitudes an instrument development. *Families Nurse*, 14(2), 162–180.
- Bomar, P. (2004). *Promoting Health in Families: Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*. (Saunders, Ed.) (3^a). Philadelphia.
- Coutinho, L. P. (2014). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (Almedina, Ed.) (2^a). Coimbra.
- Dias, F. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado*. Loures: Lusociência.
- Dias, M. (2011). Um Olhar sobre a Família na Perspectiva Sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139–156. Obtido de http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf
- Fernandes, C. (2015). *A família como foco de cuidados enfermagem aprendendo com o family nursing game*. Loures: Lusodidata.
- Fernandes, C. S. (2014). *A Família Como Foco Dos Cuidados De Enfermagem-Aprendendo com o Family Nursing Game*. Universidade do Porto. Obtido de https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33839
- Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Fortin, M. F.; Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.). Loures.
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing - Research, Theory, and Practice*. (U. S. R. Pearson Education, Inc., Ed.) (5th Edithi). New Jersey: Copyright.
- Gimeno, A. (2003). *A família: O desafio da diversidade*. Instituto Piaget.
- Goudreau, Johane; Duhamel, Fabie; Ricard, N. (2006). The impact of a Systems Nursing Educational Program of the Practice of Psychiatric Nurses: A Pilot Study Study. *Journal of Family Nursing*, 12(3). Obtido de <https://resolver.ebscohost.com/openurl?sid=google&aunit=J&aulast=Goudreau&atitle=The+impact+of+a+family+systems+nursing+educational+program+on+the+practice+of+psychiatric+nurses%3A+A+pilot+s tudy&id=doi%3A10.1177%2F1074840706291694&title=Journal+of+Family>
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família, teoria, prática e investigação*. (Lusociência, Ed.) (2^a Edição). Loures.
- Hanson, S. M. H., Gedaly-Duff, V., & Kaakinen, J. R. (2005). *Family Health Care Nursing Theory, Practice, and Research*. (F.A. DAVIS, Ed.) (3.^a ed.). Philadelphia. Obtido de http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Shirley-M.-H.-Hanson-Joanna-Rowe-Kaakinen-Family-Health-Care-Nursing_-Theory-Practice-and-Research-3rd-Edition-Hanson-Family-Health-Care-Nursing-2005.pdf
- ICN. (2015). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática De Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Lisboa.

- INE. (2018). Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição. Obtido 5 de Setembro de 2019, de <https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+total+e+por+tipo+de+composição+-19>
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P. ., Gedaly-Duff, V., & Hanson, S. M. H. (2015). *Family health care nursing Theory, Praticte, and Research*. (F. A. D. Company, Ed.), *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research* (5th ed.). Philadelphia.
- Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). *Family health Care nursing, Theory, Praticte and Research*. (F.A. Davis Company, Ed.) (4th ed.). Philadelphia. <https://doi.org/10.1177/001789698504400418>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia Científica*. (Atlas, Ed.) (5ª). São Paulo.
- Martins, M. M., Fernandes, C. S., & Gonçalves, L. H. T. (2012). A família como foco de cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(4), 685–690.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Oliveira, P. C. M., Fernandes, H. V. I., Vilar, A. I. S. P., Figueiredo, M. H. J. S., Ferreira, M. M. S. R. S., Martinho, M. J. C. M., ... Martins, M. M. F. P. S. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331–1337. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000600008>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e Família em parceria na construção de saúde para todos, (1998), 1–2. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFamilia2008.aspx
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *diário da república*, 2ª série(135 de 16 julho), 19354–19359. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Pires, A. L. O. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10, 4–19.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento*. (Lidel, Ed.). Lisboa.
- Polit, D. F. ., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (Artmed, Ed.) (5ª). Porto Alegre.
- Potter, P., & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem conceitos e procedimentos*. (Lusociência, Ed.) (5ª). Loures.
- Relvas, A. P. (1982). A Família: introdução ao seu estudo numa perspetiva Sistémica. *Revista Portuguesa de Pedagogia. - Coimbra. - Ano XVI, 1982, p. 307, XVI(I), 307319*.
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família* (2ª edição). Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do Espelho Da Teoria à Terapia com a Família*. (Quarteto, Ed.) (2ª Edição). Coimbra.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. (Afrontamento, Ed.). Porto.
- Santos, M. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Lisboa. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Saveman, B.-I., Benzein, E. G., Engström, Å. H., & Årestedt, K. (2011). Refinement and Psychometric Reevaluation of the Instrument. *Journal of Family Nursing*, 17(3), 312–329. <https://doi.org/10.1177/1074840711415074>
- Silva, M. C. L. S. R., Moules, N. J., Silva, L., & Bousso, R. S. (2013). The 15-minute family interview: A family health strategy tool. *Revista da Escola de Enfermagem*, 47(3), 634–639. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300016>
- Silva, M., Costa, M., & Silva, M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(11), 19–28. <https://doi.org/10.12707/RIII13105>

- Sorensen, & Lukmann. (1999). *Enfermagem Fundamental Abordagem psicofisiológica*. (Lusodidata, Ed.) (1ª Edição). Lisboa.
- Southern, L., Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (2007). Integrating mental health into urgent care in a community health centre. *Canadian Nurse*, 103(1), 29–34. Obtido de https://manchester.idm.oclc.org/login?url=https://search.proquest.com/docview/764309579?accountid=12253%0Ahttp://man-fe.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/44MAN/44MAN_services_page?genre=article&atitle=Integrating+m+ental+health+into+urgent+care+in+a+communi
- Stanhope, M., & Lancaster. (1999). *Enfermagem Comunitária Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação o processo de construção do conhecimento*. (Sílabo, Ed.). Lisboa.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação o processo de construção do conhecimento*. (Sílabo, Ed.) (2ª revista). Lisboa.
- Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família*. (Roca, Ed.) (4ª). São paulo.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (Roca, Ed.) (5ª Edição). São Paulo: Roca.

APÊNDICES

Apêndice I - Questionário

QUESTIONÁRIO

Parte I – Avaliação de dados sociodemográficos e profissionais

1. Idade _____ anos

2. Sexo

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

3. Estado Civil 1. solteiro 2. Casado/união de facto 3. Divorciado/Separado 4. Víuvo

4. Habilitações académicas:

1. Bacharel	<input type="checkbox"/>	2. Licenciado	<input type="checkbox"/>	3. Mestre	<input type="checkbox"/>	4. Doutor	<input type="checkbox"/>

5. Categoria profissional:

1. Enfermeiro	<input type="checkbox"/>	2. Enfermeiro especialista	<input type="checkbox"/>
---------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

6. Área de especialização: _____.

7. Tempo de exercício profissional: _____ anos

8. Experiência em cuidados de saúde primários: _____ anos

Parte II – Avaliação da importância da Família nos cuidados de enfermagem

9. Escreva 3 palavras que relacione com enfermagem de família:

10 -Diga 3 condições que considera/perceciona importantes para a sua prática de Enfermagem com as famílias e indique alguma barreira ou limitação se por acaso o sentir.

Avaliação da importância da família nos cuidados de enfermagem

A importância das famílias nos cuidados de Enfermagem – atitudes dos enfermeiros IFCE-AE).

Versão traduzida, adaptada e validada para Portugal por: Oliveira, M. et al. (2009), estando esta versão em fase de atualização.

O questionário que se segue consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. De salientar que o conceito de família envolve os membros de uma família, os amigos, os vizinhos ou outros significativos.

Responda às seguintes questões, preenchendo o círculo (●) correspondente, tendo em conta o seu grau de concordância, em que: 1. Discordo completamente; 2. Discordo; 3. Nem Discordo/Nem Concordo; 4. Concordo; 5. Concordo completamente

		1	2	3	4	5
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.					
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.					

3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.					
4	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.					
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).					
6	No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.					
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.					
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.					
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.					
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.					
11	Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.					
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente					
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.					
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.					
15	Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.					
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.					
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.					
18	Considero os membros da família como parceiros					
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.					

20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.					
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.					
22	É importante dedicar tempo às famílias.					
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.					
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.					
26	A presença de membros da família deixa-me em stresse.					

Parte III – Avaliação dos conhecimentos

Assinale V ou falso as afirmações seguintes, conforme achar correto

	V	F	Não Sei
1. O Modelo de Calgary de avaliação da família é uma estrutura Multidimensional composta por três categorias.			
2. A avaliação estrutural, de acordo com o MCAF refere-se aos aspetos estruturais da família, integrando três categorias: interna, externa e contexto.			
3. Relativamente à avaliação do desenvolvimento, de acordo com o MCAF, esta integra a avaliação do ciclo vital da família que se refere “ à trajetória típica que a maioria das famílias percorre.”			
4. A Avaliação Funcional refere-se “aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros” integrando duas dimensões elementares do funcionamento da família: a instrumental e a expressiva.			
5. Cada categoria do MCAF divide-se em várias subcategorias.			
6. Nem todas as subcategorias precisam de ser avaliadas numa primeira reunião com a família, algumas nunca precisarão de avaliação.			
7. A avaliação funcional expressiva da família corresponde às atividades da vida diária.			
8. A avaliação funcional instrumental diz respeito ao tipo de comunicação, papéis, influencia e poder, crenças, alianças e solução de problemas.			
9. A avaliação estrutural interna envolve a etnia, raça, classe social, religião e ambiente.			
10. A avaliação estrutural externa envolve a família externa e sistemas mais amplos.			
11. A avaliação estrutural de contexto envolve a composição familiar, género, orientação familiar, ordem de nascimento, subsistemas e limites.			
12. Cada pessoa na família pertence a vários subsistemas.			
13. Os limites referem-se às regras para “definir quem participa e como”, ou seja, definir ou proteger a diferenciação dos sistemas ou subsistemas.			
14. Os limites podem ser difusos, rígidos ou permeáveis.			
15. Os sistemas mais amplos incluem a família de origem e a família de procriação assim como a atual geração e os membros da família adotiva.			
16. A subcategoria contexto envolve a etnia, raça, classe social, espiritualidade e religião e ambiente.			
17. O ecomapa e genograma são dois instrumentos úteis para delinear as estruturas internas externa da família.			
18. O ecomapa é um diagrama do grupo família.			
19. O genograma é um diagrama de contato da família com os outros elementos fora da família imediata.			
20. Para a avaliação familiar, 1ª etapa na elaboração do processo de enfermagem à família, usam-se instrumentos como o genograma e o ecomapa.			
21. A elaboração de diagnósticos de enfermagem de âmbito familiar corretos implica confirmação com a família.			
22. No planeamento de cuidados à família, esta e o enfermeiro de forma conjunta, fixam prioridades e estabelecem resultados a alcançar.			

23.A implementação de cuidados de saúde à família não implica o seu envolvimento direto.			
24.A avaliação de resultados é um processo contínuo que termina quando a família e o enfermeiro decidem que os objetivos foram atingidos com sucesso, após o que cessa a relação terapêutica.			

IV parte do Questionário – avaliação de competências

Responda a cada afirmação com as expressões muita dificuldade, alguma dificuldade, nem muita/nem pouca dificuldade, sem dificuldade, consoante o grau de dificuldade que sente.

	muita dificuldade	alguma dificuldade	nem muita/nem pouca dificuldade	sem dificuldade
1.Construo o ecomapa da família.				
2.Construo o Genograma da família.				
3.Identifico os subsistemas familiares.				
4.Identifico a família extensa.				
5.Identifico os sistemas mais amplos.				
6.Identifico a fase do desenvolvimento familiar em que a família se encontra.				
7.Identifico a religião ou espiritualidade a que família pertence.				
8.Identifico atividade funcional expressiva da família.				
9.Identifico atividade funcional instrumental da família.				
10.Identifico na Avaliação estrutural da família o contexto.				

Apêndice II - Autorização ao coordenador da unidade de saúde onde decorreu o estudo

Ex.mo Sr. Coordenador da USF [REDACTED] Eva João de Jesus Santos, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, estando a desenvolver o estudo de investigação no âmbito da dissertação de mestrado subordinado ao tema: "DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA – CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS", sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques, vem solicitar a Vossa autorização para proceder ao estudo na Unidade de Saúde que Vossa Excelência coordena.

Obrigada pela atenção

Eva Santos

[REDACTED].min-saude.pt>

sexta, 8/03, 10:00 (há 3 dias)

para eu

Cara Eva A USF [REDACTED] não vê qualquer inconveniente em ser realizado o estudo, como tal pode ser efetuado.

Cumprimentos, [REDACTED]

Apêndice III - Autorização ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde a que a unidade de saúde pertence.

Ex.mo Sr. Diretor Executivo, do

[REDACTED]

[REDACTED]

Eva João de Jesus Santos, aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, estando a desenvolver o Estudo de Investigação nenhuma Âmbito da dissertação de mestrado subordinado Ao tema: DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA – CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques, vem Solicitar a Vossa excelência autorização para proceder ao estudo na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]

Junto envio Projeto de Investigação, pareceres do Coordenador da USF [REDACTED] e autorização de utilização de Escala IFCE e Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Sem Mais,

Pede deferimento,

Eva João de Jesus Santos

[REDACTED].min-saude.pt>

09/05/2019, 13:17

para Joao, Conselho, eu

Bom dia

Dada a concordância de todos, sou a autorizar .Cumprimentos

██████████

Médico Director Executivo ACES ██████████

Apêndice IV - Autorização de utilização da Escala da IFCE-AE

Autorização de utilização da Escala IFCE-AE.

eva santos <evasantos77@gmail.com>

terça, 26/02, 10:26

para ceubarbieri

Ex.ma Sra. Professora Doutora Maria do Céu Aguiar Barbieri Figueiredo, No âmbito da dissertação do Curso de Mestrado Em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques, a estudante Eva João de Jesus Santos, sob a orientação da docente Professora Carolina Miguel da Graça Henriques, pretende realizar um estudo intitulado: “DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA – CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS”, no qual pretende estudar a atitude dos enfermeiros face à pertinência de incluir os familiares nos cuidados de enfermagem. O trabalho de investigação tem como objetivos: 1. Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da região Centro de Portugal; 2. Conhecer a importância atribuída à família, pelos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal; 3. Identificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, sobre Avaliação Familiar através da aplicação do Modelo de Calgary; 4. Avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal; Venho por este meio, solicitar a vossa autorização para utilizar na minha investigação a Escala da Importância da Família nos Cuidados de Enfermagem - Atitude dos Enfermeiros (IFCE - AE) validada pelos Ex.mos Srs. Doutores Maria do Céu Aguiar Barbieri Figueiredo, Palmira da Conceição M. Oliveira, Henriqueta Ilda V. Fernandes, Ana Isabel S. P. Vilar, Maria Henriqueta de J. S. Figueiredo, Maria Margarida Silva R. S. Ferreira, Maria Júlia C. M. Martinho, Luísa Maria da C. Andrade, José Carlos M. de Carvalho e Maria Manuela Ferreira P. da S. Martins.

Agradecendo antecipadamente toda a atenção e disponibilidade e com o compromisso do cumprimento das normas éticas inerentes a este tipo de estudo, ficando ao dispor para qualquer esclarecimento que considere pertinente.

Atenciosamente

Eva João de Jesus Santos

From: Maria do Céu Barbieri <ceu@esenf.pt> Date: quarta, 27/02/2019, 09:10 Subject: RE: Pedido de autorização de utilização da escala (IFCE - AE) To: eva santos <evasantos77@gmail.com>

Bom dia Eva Agradeço o seu contacto e tenho muito prazer em que esteja interessada em utilizar a IFCE-AE. Aproveito para informar que neste momento estamos a realizar um estudo comparativo, a nível Europeu, com recurso à versão modificada deste instrumento. Trata-se da mesma escala, mas com 5 opções de resposta. Se estiver interessada em integrar este estudo, terá que utilizar esta versão atualizada que anexo, e enviar-me a base de dados quando concluir a recolha para que tratemos os dados de Portugal como um todo. Envio também o artigo em que as autoras apresentam a versão atualizada do instrumento e aguardo a sua decisão. Com os melhores cumprimentos, extensivos à sua orientadora,

Maria do Céu Barbieri

Apêndice V – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer Nº P573/03-2019

Título do Projecto: Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família- Construção de um programa de desenvolvimento de competências.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Carolina Miguel Graça Henriques; Eva João de Jesus Santos

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Investigador Responsável/Orientador: Carolina Miguel Graça Henriques

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Tendo sido recentemente criada a área de especialização em Enfermagem de Saúde Familiar, as proponentes justificam o estudo com a necessidade de desenvolver competências na avaliação familiar propondo-se investigar o impacto de um programa formativo no desenvolvimento dessas competências.

O estudo apresentado, a desenvolver com enfermeiros em Unidade de Saúde Familiar (USF) tem como objetivos "Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma USF...; *Conhecer a importância atribuída à família...*; *Identificar os conhecimentos... sobre avaliação familiar através da aplicação do Modelo de Calgary*; *Avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através da aplicação do Modelo de Calgary...*".

Metodologicamente o estudo é definido como "... *quase-experimental, com desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal.*"

Os participantes são enfermeiros que desempenham funções na USF Condestável (Batalha-Leiria).

A recolha, codificação e tratamento dos dados será efetuada pela proponente. No documento submetido:

- É apresentada a autorização da instituição onde decorre o estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- É apresentado o programa formativo e garantida a idoneidade dos formadores;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- É apresentada autorização das autoras para utilização do instrumento "*Avaliação da importância da família nos cuidados de enfermagem*" (IFCE-AE)
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para os participantes existindo eventual ganho pela frequência da formação disponibilizada.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado.

O relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Data: 23/04/2019 O Presidente da Comissão de Ética: Manuela Almeida

Apêndice V – Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Apêndice VI- Projeto de investigação elaborado para a Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE POLITÉCNICO DE LEIRIA

DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA – CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Palavras chave: Enfermagem Familiar; Famílias; Capacitação; Enfermeiros; Cuidados de Enfermagem.

Autores:

Professora Doutora Carolina Miguel da Graça Henriques, Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria.

Eva João de Jesus Santos, Mestranda, Enfermagem de Saúde Familiar, Escola Superior de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria.

Problemática em estudo

O presente estudo surge no âmbito da dissertação do Curso de Mestrado Em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques. A evolução nas últimas décadas, tem provocado impacto em várias áreas, alterações políticas e sociais, conduziram ao brotar de novas necessidades no seio do familiar, de modo que a enfermagem não ficou alheia a estes factos, ao longo da sua história, como ciência sempre demonstrou a sua preocupação pela família. Foi nos últimos 30 anos, que a especialidade de enfermagem de saúde familiar, se tem vindo a desenvolver verdadeiramente. No nosso país foi recentemente criada esta especialidade, tendo a Ordem dos Enfermeiros definido as competências específicas da Especialidade de Enfermagem e Saúde Familiar em novembro de 2017. Desta forma na abordagem à família, é importante o enfermeiro possuir ferramentas, que o orientem e dotem de capacidades, de modo a entender as dinâmicas internas da família e a possa auxiliar no seu processo de desenvolvimento ao longo da vida. É neste contexto que surge o modelo de avaliação familiar de Calgary, como importante utensílio na prática de enfermagem de saúde familiar. Desta

forma, é pertinente investigar o impacto de um programa formativo no desenvolvimento de competências na avaliação familiar.

OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO:

Após selecionada a temática do estudo, definiram-se os objetivos, que não mais do que guia de ação da investigação sugerida, devendo ser precisos e concisos (Fortin, 2009).

Este estudo tem como objetivos: conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da região Centro de Portugal; conhecer a importância atribuída à família, pelos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal; identificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, sobre Avaliação Familiar através da aplicação do Modelo de Calgary; avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Para Fortin (2009), as questões de investigação derivam diretamente, dos objetivos delineados e definem a informação a que se pretende chegar.

Quais são as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal?

Qual é a importância atribuída à família dos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal?

Quais são os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, sobre Avaliação Familiar pela aplicação do Modelo de Calgary?

Qual é o impacto de um programa de formação focado nos conhecimentos sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary?

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As hipóteses de investigação surgem como um enunciado, antecipando relações entre variáveis chave e a população alvo, necessitando de verificação empírica (Fortin, 2009).

No presente estudo pretendemos verificar as hipóteses:

H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

H2 - Existem diferenças estatisticamente significativas nas competências sobre avaliação familiar pela aplicação do Modelo de Calgary, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

ESTADO DA ARTE

A evolução nas últimas décadas, tem provocado impacto em várias áreas, repercutindo-se ao nível da saúde, do social, do laboral, da educação, investigação, enfim da sociedade em geral, como tal, o sistema familiar não foi imune a estas transformações.

Alterações políticas e sociais, como a igualdade da mulher e integração no mercado de trabalho, o desmembramento de famílias alargadas, deficiente mercado laboral, solidão e individualismo, provocaram mudanças na estrutura e função familiar. Estes acontecimentos, despelotaram, na enfermagem como ciência, a necessidade de dar resposta a este novo paradigma através da enfermagem de saúde familiar.

Figueiredo (2013) define enfermagem de família como um campo disciplinar da enfermagem com um corpo de conhecimento específico. Hanson (2005) define enfermagem de saúde familiar, como:

“o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem... pode ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como um componente da sociedade” (Hanson, 2005, p.8).

Para a enfermagem, onde a família é foco dos cuidados, não há uma única teoria ou estrutura conceptual, que permita descrever de uma forma adequada as relações da família, é necessário englobar várias perspetivas (Kaakinen & Hanson 2010).

Apenas na década de 90 é que a especialidade de Enfermagem de Saúde da Família se tem vindo a impor, tornando-se num foco específico para a prática de enfermagem, cruzando-se com várias especialidades, encontrando-se ainda numa fase muito precoce do seu desenvolvimento como especialidade distinta (Hanson, 2005). As estruturas conceptuais ou teóricas enfermagem e as abordagens que sustentam os fundamentos da enfermagem de família desenvolveram-se

a partir de três pilares ou ramos, as teorias das ciências sociais da família, as da terapia familiar e as teorias de enfermagem (Hanson 2005).

Atendendo a estes princípios e requisitos surgem modelos e instrumentos desenvolvidos por enfermeiros, que visam orientar a prática de enfermagem avançada com as famílias, no sentido de facilitar os cuidados à família numa abordagem sistémica, exemplo do modelo de Calgary de avaliação familiar.

Não são muitos os estudos nesta área, em virtude da imaturidade desta especialidade.

METODOLOGIA

a) Tipo/Desenho de Estudo

O presente estudo é desenvolvido a um grupo de enfermeiros, sobre o qual se desenrolará a investigação, caracterizada em dois momentos de recolha de dados no mesmo grupo de sujeitos - uma avaliação inicial, seguida de um programa formativo e por último uma avaliação final – o que permite denominá-lo como um estudo quase-experimental, com desenho do tipo pré teste e pós teste, sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal.

b) Seleção da Amostra e procedimentos de Amostragem:

A população define-se como “um conjunto de elementos (...) que têm características comuns (Fortin, 2009 p.311), sobre a qual recai a investigação. A população deste estudo é constituída

pelos enfermeiros que exercem funções numa Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, selecionada por facilidade de acesso da investigadora.

Os critérios de inclusão definidos para este estudo são: ser enfermeiro a desempenhar funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada e aceitar participar no estudo.

A amostra deste estudo, foi selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência, tal como (Fortin, 2009) a define, esta é composta por sujeitos de fácil acesso e que correspondem aos critérios de inclusão. A recolha dos dados será feita através de um questionário autoaplicado (incluído neste documento) preenchido antes e após o programa de formação.

c) Instrumentos de colheita de dados e/ou avaliação (em síntese)

A recolha dos dados será feita através de um questionário autoaplicado (incluído neste documento) preenchido antes e após o programa de formação.

O questionário é um dos instrumentos de colheita de dados mais utilizados, caracteriza-se por ter uma enorme flexibilidade na estrutura, e forma e meio de colher a informação sobre atitudes, sentimentos, opiniões, crenças e conhecimentos à amostra definida (Fortin, 2009).

A primeira parte do questionário é constituída por sete variáveis atributo, ou seja, atributos pré-existentes dos participantes (Fortin, 2009), neste caso que apreçam dados sociodemográficos e profissionais dos sujeitos do estudo:

Idade – variável quantitativa discreta obtida através de uma pergunta com resposta aberta.

Género – variável qualitativa nominal, alcançada por meio de pergunta com uma resposta fechada, com os itens (1) Masculino e (2) Feminino.

Estado Civil – variável qualitativa nominal, obtida através de pergunta com resposta fechada, com os itens (1) Solteiro; (2) Casado/União de facto; (3) Divorciado/Separado; (4) Viúvo.

Habilitações académicas – variável qualitativa ordinal, operacionalizada por meio de pergunta com resposta fechada, com os itens (1) Bacharel; (2) Licenciado; (3) Mestre; (4) Doutor.

Categoria profissional – variável qualitativa ordinal, obtida através pergunta com resposta fechada, com os itens (1) Enfermeiro; (2) Especialista.

Área de Especialidade, variável qualitativa nominal, obtida através pergunta de resposta aberta.

Número de anos de exercício profissional - variável quantitativa discreta obtida por questão de resposta aberta.

Número de anos de exercício profissional em Cuidados de Saúde Primários – variável quantitativa discreta, obtida por meio de pergunta com resposta aberta.

Na segunda parte, denominada por avaliação da importância da Família nos cuidados de enfermagem, composta por duas questões seguidas da aplicação de uma escala IFCE-AE A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros.

Na primeira questão temos uma variável qualitativa nominal- a percepção do profissional sobre enfermagem de saúde familiar, obtida através de uma questão de resposta aberta.

Na questão seguinte, sendo de resposta fechada, de escolha múltipla, aborda as percepções dos enfermeiros, sobre condições importantes para a prática de enfermagem com as famílias, variável qualitativa nominal, são colocadas ao formando 8 situações diferentes: (1) convidar os elementos da família a participar nos cuidados de enfermagem ao utente;

(2) considerar os membros da família parceiros nos cuidados; (3) Convida a família a participar na discussão sobre o processo de cuidados a implementar ao utente; (4) Não tenho tempo para cuidar das famílias; (5) É importante conhecer os elementos da família; (6) A presença dos elementos da família dificulta o meu trabalho com o utente; (7) A presença dos elementos das famílias faz-me ficar stressado; (8) Não considero a opinião da família importante para elaboração do processo de cuidados.

De seguida é aplicada a escala IFCE-AE - A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE) versão atualizada (2011); a escala é composta por 26 itens e foi traduzida e validada para a população portuguesa (Oliveira P. , et al., 2011), o IFCE-AE foi organizado em três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens); família como recurso dos cuidados de enfermagem (10 itens) e família como um fardo (4 itens) (Oliveira P. , et al., 2011. Trata--se de uma variável quantitativa discreta, as respostas são do tipo Likert.

A terceira parte, aborda os conhecimentos dos profissionais sobre do processo de enfermagem à família e sobre a avaliação familiar pela aplicação do modelo de Calgary é uma variável quantitativa discreta, obtida pela análise do instrumento constituído 24 questões de resposta fechada: verdadeiro, falso ou não sei, ao qual cada resposta correta será atribuída a cotação de 1 e a cada resposta incorreta ou manifesto desconhecimento será atribuída a cotação 0, obtendo assim um valor (X mínimo) possível ser observado de 0 e um valor máximo (X máximo) de ser observado de 24 , com uma amplitude total possível de 24 .

Quarta parte, a avaliação de competências do enfermeiro na avaliação familiar pelo modelo de Calgary, é uma variável qualitativa ordinal, compostas por afirmações, onde é solicitado ao formando que se A cada resposta: - muita dificuldade é atribuída a auto-avaliação, em relação a 10 afirmações que esboçam competências na área do programa formativo, obtida através de perguntas com respostas tipo likert: (1) muita dificuldade, (2) alguma dificuldade; (3) nem muita/nem pouca dificuldade; (4) sem dificuldade. cotação 0; - alguma dificuldade 1 ponto; - nem muita/nem pouca dificuldade 2 pontos e a respostas - sem dificuldade são atribuídos 3 pontos, obtendo assim um valor (X mínimo) possível ser observado de 0 e um valor máximo (Xmáximo) de ser observado de 30, com uma amplitude total possível de 30, assim sendo, o score total deste instrumento vai variar entre 0 e 30, em que que quanto mais próximo de 30 maior a perceção de competência sentida pelo profissional.

PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

A investigação científica em muitas disciplinas, na maioria dos casos implica aspetos da ação humana, em qualquer área estudada, esta deve ser realizada atendendo ao respeito dos direitos da pessoa, no que diz respeito à ética, assentando em princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência (Fortin, 2009). Na realização deste estudo, foram respeitados estes princípios, para tal foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Solicitada autorização ao coordenador da unidade de saúde selecionada para realização do estudo na mesma;
- Pedida autorização ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde a que a unidade selecionada pertence para aplicação do estudo;
- Pedido parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;

- Pedida autorização de utilização da Escala da IFCE-AE (2011) Versão traduzida, adaptada e validada para Portugal por: Oliveira, M. et al. Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care aos autores da mesma;
- Prestados os esclarecimentos aos participantes quanto ao fim e objetivos do estudo, carácter confidencial dos dados, garantido acesso aos resultados e carácter voluntário da participação, após o que foi entregue o formulário de consentimento informado.

LOCAL DE COLHEITA DE DADOS

O local de ambas colheitas de dados e da realização do programa formativo, será numa unidade de Saúde familiar da região centro de Portugal.

TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O Tratamento estatístico de dados será feito utilizando o programa Statistical Package for Social Science.

GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE E CONSENTIMENTO INFORMADO

Neste estudo serão asseguradas as regras de confidencialidade e anonimato. As informações obtidas serão combinadas com as de outros participantes em estudos, na mesma área. O resultado final do estudo e/ou artigos publicados apresentarão as conclusões sob a forma de números relativos ao grupo de participantes. Por ventura, em nenhuma circunstância, serão publicados dados que permitam a identificação de qualquer participante. Os participantes são

livres de recusar participar e permaneceremos à inteira disposição para clarificar qualquer dúvida sobre o estudo. Na introdução ao questionário, será esclarecido que a participação é voluntária e que em qualquer momento pode rejeitar participar no estudo.

Antecipadamente ao preenchimento do instrumento, os participantes terão de assinar o termo de consentimento informado.

Não subsistem riscos, prejuízos ou custos para os participantes. O benefício esperado é o desenvolvimento dos conhecimentos e competências dos participantes, concedido pelo programa de formação.

CRONOGRAMA DO PLANO DE TRABALHOS

	março	abril	maio	junho	julho
Autorizações e pareceres	x	x			
Conceção da forma do programa de formação	x	x	x		
Consentimento informado / Colheita de dados iniciais			x		
Apresentação e realização do Programa de formação			x	x	
Colheita de dados pós programa de formação				x	
Tratamento e análise de dados				x	
Relatório Final				x	x

LISTA PRÉVIA DE BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. (Quarteto, Ed.). Coimbra.

Dias, M. (2011). Um Olhar sobre a Família na Perspectiva Sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139–156. Obtido de

http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf

Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva Sistémica, 19, 139–156.

Fernandes, C. (2014). A família como foco de cuidados de enfermagem - aprendendo com o «family nursing game». Porto.

Fernandes, C. (2015). A família como foco de cuidados enfermagem aprendendo com o family nursing game. Loures: Lusodidata.

Figueiredo, M. H. (2013). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. (Lusociência, Ed.). Loures.

Fortin, M.-F., José;, C., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. (Lusodidata, Ed.). Loures.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). Family Nursing - Research, Theory, and Practice. (U. S. R. Pearson Education, Inc., Ed.) (5th Edithi). New Jersey: Copyright.

Gimeno, A. (2003). A família: O desafio da diversidade. Instituto Piaget.

Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família, teoria, prática e investigação. (Lusociência, Ed.) (2a Edição). Loures.

Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P. ., Gedaly-Duff, V., & Hanson, S. M. H. (2015). Family health care nursing Theory, Praticce, and Research. (F. A. D. Company, Ed.), Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research (5th ed.). Philadelphia.

Kaakinen, J. R., Gedaly-Duff, V., Coehlo, D. P., & Hanson, S. M. H. (2010). Family health Care nursing, Theory, Practice and Research. (F.A. Davis Company, Ed.) (4th ed.). Philadelphia. <https://doi.org/10.1177/001789698504400418>

Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (2010). Integrating family nursing into a mental health urgent care practice framework: Ladders for learning. *Journal of Family Nursing*, 16(2), 196–212. <https://doi.org/10.1177/1074840710365500>

Pires, A. L. de O. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10, 4–19.

Potter, P., & Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de Enfermagem*. (Lusociência, Ed.) (4a). Loures.

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família* (2a edição). Porto: Afrontamento.

Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do Espelho Da Teoria à Terapia com a Família*. (Quarteto, Ed.) (2a Edição). Coimbra.

Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. (Afrontamento, Ed.). Porto.

Santos, M. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Lisboa. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>

Silva, M. C. L. dos S. R., Moules, N. J., Silva, L., & Bousso, R. S. (2013). The 15-minute family interview: A family health strategy tool. *Revista da Escola de Enfermagem*, 47(3), 634–639. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300016>

Sorensen;, & Lukmann. (1999). *Enfermagem Fundamental Abordagem psicofisiológica*. (Lusodidata, Ed.) (1a Edição). Lisboa.

Southern, L., Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (2007). Integrating mental health into urgent care in a community health centre. *Canadian Nurse*, 103(1), 29–34. Obtido de https://manchester.idm.oclc.org/login?url=https://search.proquest.com/docview/764309579?accountid=12253%0Ahttp://man-fe.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/44MAN/44MAN_services_page?genre=article&atitle=Integrating+mental+health+into+urgent+care+in+a+communi

Stanhope, M., & Lancaster. (1999). *Enfermagem Comunitária Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (Roca, Ed.) (5a Edição). São Paulo: Roca.

ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

O estudo conta com a colaboração da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria sem qualquer tipo de financiamento.

Apêndice VII - Documento de Informação ao Participante relativa à investigação.

DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA – CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção Geral de Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo).

Identificação dos Investigadores: Professora Doutora Carolina Henriques, Mestranda Eva João de Jesus Santos.

Título do estudo: Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família – construção de um programa de desenvolvimento de competências.

Enquadramento: O presente estudo surge no âmbito da dissertação do Curso de Mestrado Em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques. A evolução nas últimas décadas, tem provocado impacto em várias áreas, repercutindo-se ao nível da saúde, do social, do laboral, da educação, investigação, enfim da sociedade em geral, como tal, o sistema familiar não foi imune a estas transformações. Alterações políticas e sociais, conduziram ao brotar de novas necessidades no seio do familiar, de modo que a enfermagem não ficou alheia a estes factos, ao longo da sua história, como ciência sempre demonstrou a sua preocupação pela família. Nos últimos 30 anos é que a especialidade de enfermagem de saúde familiar, se tem vindo a desenvolver verdadeiramente. No nosso país foi recentemente criada esta especialidade, tendo a Ordem dos Enfermeiros definido as competências específicas da Especialidade de Enfermagem e Saúde Familiar em novembro de 2017. Desta forma na abordagem à família, é importante o enfermeiro possuir ferramentas, que o orientem e dotem de capacidades, de modo a entender as dinâmicas internas da família e a possa auxiliar no seu processo de desenvolvimento ao longo da vida. É neste contexto que surge o modelo de avaliação familiar de Calgary, como importante utensílio na prática de enfermagem de saúde familiar. Desta forma, é pertinente investigar o impacto de um programa formativo no desenvolvimento de competências na avaliação familiar.

Explicação do estudo: Este estudo tem como objetivos: conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da região Centro de Portugal; conhecer a importância atribuída à família, pelos enfermeiros que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal;

Identificar os conhecimentos dos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal, sobre Avaliação Familiar através da aplicação do Modelo de Calgary; Avaliar o impacto de um programa de desenvolvimento de competências sobre a avaliação familiar através do Modelo de Calgary, nos profissionais de enfermagem que integram uma unidade de saúde familiar da Região Centro de Portugal;

A recolha dos dados será feita através de um questionário aplicado antes e após o programa de formação sendo auto-preenchido pelos formandos.

Os participantes foram selecionados por conveniência, constituindo-se a amostra por enfermeiros que exercem funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada. Foram definidos como critérios de inclusão ser enfermeiro a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada e aceitar participar no estudo. Os dados são anónimos e confidenciais.

Condições e financiamento: O estudo conta com a colaboração da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria sem qualquer tipo de financiamento.

Os investigadores encontram-se disponíveis para qualquer esclarecimento de dúvidas.

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se algo lhe parecer incorreto ou duvidoso não hesite em solicitar mais informações (evasantos77@gmail.com)

P'los Investigadores:

Apêndice VIII – Consentimento Informado

Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Da avaliação familiar ao processo de enfermagem à família – construção de um programa de desenvolvimento de competências”, faculto voluntariamente, para fins científicos e publicações decorrentes e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome:

Assinatura:

Data:

APÊNDICE IX – Programa de intervenção

DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA – CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Programa de intervenção

Destinatários: Enfermeiros

Formadora: Eva João de Jesus Santos

N.º de Sessão	Data	Temática	Objetivo:	Metodologias	Duração
1	17/05	1 -Da avaliação familiar ao Processo de enfermagem à Família 2 - Modelo de Avaliação familiar de Calgary	- Identificar as fases do processo de enfermagem à família; - Descrever cada fase do Processo de enfermagem à família. - Identificar Fundamentos Teóricos do Modelo; - Dar a conhecer as categorias principais e subcategorias do Modelo, e parâmetros avaliados em cada uma delas.	Expositiva/Interativa	3:00
2	31/05	1 - Modelo de avaliação familiar de Calgary 2 - Genograma e Ecomapa 3 - Avaliação do programa Formativo	-Treinar o preenchimento da grelha do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar de através de exemplos práticos. - Treinar a construção de Genograma e Ecomapa. - Preenchimento do Questionário.	Expositiva/Interativa	4:00

