UNIVERSIDADE
DE LISBOA

ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: IMPACTO NO DESEMPENHO PROFISSONAL DO ENFERMEIRO

Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos

Doutoramento em Enfermagem

Lisboa
2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA

Com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa:

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Financiado por:

CITMA CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA MADEIRA

ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: IMPACTO NO DESEMPENHO DO ENFERMEIRO

Tese de candidatura ao grau de Doutor em Enfermagem, submetida à Universidade de Lisboa.

Orientadora: Lorraine M. Wright, RN; PhD
Universidade de Calgary

Coorientadora: Marta Hansen Frade Lima Basto, RN; PhD
Universidade de Lisboa

Orientada Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos, RN, MSc
Universidade da Madeira

Janeiro
2012

Os melhores RUMOS para os Cidadãos da Região

Rumos Programa Operacional de Valorização do Potencial Humano e Coesão Social da RAM

QREN QUADRO DE REFERÊNCIA ESTRATÉGICO NACIONAL PORTUGAL 2007.2013

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

REPÚBLICA PORTUGUESA

UNIÃO EUROPEIA FSE

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Lorraine Wright, orientadora deste trabalho, pelo modo como acompanhou o meu percurso de aprender a pensar o cuidado à família. A partilha de saberes e crenças acerca da Enfermagem de Família fortaleceu a atitude que hoje me carateriza enquanto enfermeira, docente e pessoa.

À Professora Doutora Marta Lima Basto, coorientadora deste trabalho, pela clareza e competência das suas orientações, numa presença sempre efetiva, que encorajaram-me a acreditar na força de continuar.

Ao Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Empresa Pública Empresarial, nomeadamente à Direção de Enfermagem pelas disposições que tornaram possível esta investigação.

À Universidade da Madeira, nomeadamente à Presidente do Centro de Competência Tecnologias da Saúde, Professora Doutora Helena Jardim e a todos os colegas pelo apoio e colaboração.

À Professora Doutora Fabie Duhamel e a todos os colaboradores do centro de cuidados de excelência à família da Universidade de Montreal, pela oportunidade de aprendizagem proporcionada.

À Enfermeira Chefe Glória Freitas, pela cooperação demonstrada durante o trabalho de campo. A parceria investigação-prática foi facilitada pela sua disponibilidade e confiança.

Às famílias, participantes neste estudo, que ao exporem as suas vivências, permitiram uma compreensão mais profunda do desempenho profissional dos enfermeiros.

Aos enfermeiros, participantes e colaboradores nesta pesquisa, que logo acreditaram neste projeto, e dispuseram os seus saberes, afetos e desempenhos no sentido de tornar possível a abordagem sistémica do cuidado à família.

A todos os amigos que ao sonharem comigo, ajudaram a tornar este momento real. Em especial à Isabel, à Ana e ao José Manuel Marques que sempre estiveram disponíveis quando mais precisei.

À minha família por tudo. O valor que me dão faz-me sentir forte para caminhar. À Licínia, ao Fábio, ao Rúben, à minha irmã e ao meu marido, por terem mantido neste percurso, acesa a chama que me orientou – um amor incondicional.

Aos meus pais, sempre presentes neste meu percurso.

E por último, um especial louvor ao Senhor, que sempre me acompanha e protege.

A todos um muito obrigada!

RESUMO

A Enfermagem de família emerge como um fenômeno distinto quer para a prática de enfermagem generalista quer avançada. Os fundamentos teóricos estão alicerçados no pensamento sistêmico e interacional. Argumenta-se que as intervenções de enfermagem acontecem reciprocamente com a família, em contextos de intersubjetividade e complexidade, e advoga-se uma abordagem sistémica do cuidado à família para garantir cuidados competentes e de excelência.

Assim, o modo como os enfermeiros envolvem a família nos cuidados recebe especial ênfase nesta investigação. A exigência e a obrigação de avaliações e intervenções eficientes, desenvolvidas em contextos relacionais únicos, apresentam-se como desafios aos enfermeiros de todo o mundo. Todavia, ajudar a família a descobrir novas soluções face a processos de saúde/doença e a reduzir o seu sofrimento emocional, físico e espiritual, nem sempre é efetivo ou identificado nos contextos clínicos. A evidência do hiato teórico-prático ao nível da prática da enfermagem de família levou ao 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 *quasi-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 (Wright & Leahey, 2009).

Os resultados evidenciaram mudanças positivas e efetivas na atitude e no comportamento dos enfermeiros face ao modo como envolvem a família nos cuidados. Enfatiza-se uma atitude favorável, independente 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.

Palavras-chave: Enfermagem de família; Intervenção educativa; Abordagem sistémica; Mudança de comportamentos.

ABSTRACT

Family nursing has emerged as a distinct phenomena for both generalist and advanced practice in nursing. The theoretical underpinnings are grounded in systemic and interactional thinking. It is argued that nursing interventions happen in the relationship between a nurse and a family, within the contexts of complexity and intersubjectivity, and advocate a systemic approach to family care to ensure that the care is excellent and competent.

Therefore, how nurses involve families in their care receives special emphasis in this investigation. The requirement and obligation for effective and beneficial assessment and intervention, developed in unique relational contexts, presents itself as a challenge to nurses around the world. However, helping the family to find new solutions to their health/disease processes and reduce their emotional, physical and spiritual suffering is not always easily identified or effective in clinical settings. The evidence of a theoretical gap in the practice of family nursing led to this study examining the effect of an educational intervention on the implementation and utilization of a systemic approach to family care in the professional practice of nurses.

The research design was a *quasi-experimental study* involving several time series, conducted in the context of primary health care where nurses work with families. Ten of the twelve practicing care nurses were trained in an educational intervention program on utilizing a systemic approach to family care based on the Calgary Family Assessment and Intervention models (Wright & Leahey, 2009)

The results showed positive and effective changes in the attitude and behavior of nurses in their involvement of families in their practice. We highlight a positive attitude, regardless of age, time of service and professional development, and a high perception of self-efficacy in work with families. The effectiveness of the educational intervention program indicated knowledge transfer and therefore could be recommended and useful in similar nursing contexts.

Keywords: Family nursing, Educational intervention, Systemic approach, Behavioral change.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS ..... **III**

RESUMO ..... **V**

ABSTRACT ..... **VII**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **XII**

ÍNDICE DE QUADROS ..... **XIII**

ÍNDICE DE GRÁFICOS ..... **XIV**

ÍNDICE DE TABELAS ..... **XV**

INTRODUÇÃO **1**

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL **7**

1. ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM DISTINTO MODO DE CUIDAR **9**

1.1 ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA 21

1.1.1 Avaliação da família 31

1.1.2 Intervenção na família. 38

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO **43**

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO **45**

2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO **52**

2.1 TIPO DE ESTUDO 53

2.2 INTERVENÇÃO EDUCATIVA 58

2.3 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS 63

2.4 CONTEXTO E PARTICIPANTES 71

2.4.1 Caracterização dos participantes. 75

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS **78**

3.1 RECOLHA DE DADOS 78

3.1.1 Entrevista semiestruturada. 79

3.1.2 Observação participativa 79

3.2 ANÁLISE DOS DADOS 81

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O RIGOR DO ESTUDO 82

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 83

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 87

1. IMPACTO DA FORMAÇÃO SOBRE A ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA NO ENFERMEIRO 89

1.1 REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE FAMÍLIA E ENFERMAGEM DE FAMÍLIA 90

1.2 NORMA SUBJECTIVA QUE ORIENTA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA 97

1.3 ATITUDE DOS ENFERMEIROS FACE À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA 99

1.4 PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS OBSTÁCULOS E AS VANTAGENS À PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA 112

1.5 FUNÇÕES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS NO TRABALHO COM AS FAMÍLIAS 118

1.6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, QUANDO OS ENFERMEIROS ENVOLVEM A FAMÍLIA NO CUIDAR 121

1.7 RESULTADOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA SENSÍVEIS À INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO 126

1.8 PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO FACE À ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA 128

2. A PERCEÇÃO DA FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM . 142

CAPÍTULO IV - ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA 147

1. ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: REALIDADE OU FIÇÃO? 149

1.1 QUE ATITUDE QUE COMPORTAMENTO? 151

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E SUGESTÕES 167

1. CONCLUSÕES 169

2. DA INTENÇÃO DE CUIDAR AO CUIDADO DA FAMÍLIA 183

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **185**

ANEXOS **203**

ANEXO I - ELEMENTOS DO GENOGRAMA **205**

ANEXO II – ECOMAPA **207**

ANEXO III - PROGRAMA EDUCACIONAL **209**

ANEXO IV - CONVERSAS ENTRE ENFERMEIROS E FAMÍLIAS **211**

ANEXO V - INSTRUMENTO – FNPS **215**

ANEXO VI – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO **221**

ANEXO VII - DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO **225**

ANEXO VIII - OBSTÁCULOS AO TRABALHO DOS ENFERMEIROS COM AS FAMÍLIAS .. **227**

ANEXO IX - VANTAGENS AO TRABALHO DOS ENFERMEIROS COM AS FAMÍLIAS **231**

ANEXO X - FUNÇÕES DO ENFERMEIRO NO TRABALHO COM AS FAMÍLIAS **235**

ANEXO XI - INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS COM AS FAMÍLIAS **239**

ANEXO XII - PERCEÇÃO DA FAMÍLIA SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM **243**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Quadro conceptual que influencia a enfermagem de família. 17
Figura 2 - Representação conceptual de enfermagem de família (Hanson et al, 2005, p9). 18
Figura 3 – Conceptualização de enfermagem de familiar segundo o foco da atenção do enfermeiro. 19
Figura 4 – Hierarquia sistémica. 23
Figura 5 - Sistema abertos e sistema fechados. 25
Figura 6 – Tipologia familiar (Adaptado de Salvador, Minuchin, 1974, 2011). 27
Figura 7 - Desenho esquemático da propriedade de equifinalidade. 28
Figura 8 - Esquema de causalidade circular. 29
Figura 9 – Modelo Calgary de Avaliação da família (Wright & Leahey, 2002, p66). 34
Figura 10 - Elementos do Modelo Calgary de intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2002, p152). 39
Figura 11 - Prática de Enfermagem de Família. 49
Figura 12 - Abordagem Sistémica do cuidado à família: Impacto no enfermeiro. 53
Figura 13 - Estudo quasi experimental com duas séries temporais, pré e pos- test. 54
Figura 14 - Cronograma do Projeto de Investigação. 55
Figura 15 – Centros de Saúde da RAM (www.sesaram.pt). 72
Figura 16 - Participantes na Investigação. 74
Figura 17 - Fatores que influenciam a intenção para a abordagem sistémica do cuidado à família (Pré-teste). 155
Figura 18 - Influência da intervenção educativa na prática de enfermagem de família. 157
Figura 19 - Fatores que influenciam a intenção para a abordagem sistémica do cuidado à família (Pós-teste). 158

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Introdução do conceito de família em algumas das Teorias Clássicas de Enfermagem.....16
Quadro 2 - Estratégias facilitadoras da transferência de conhecimentos.....59
Quadro 3 - Operacionalização das variáveis biográficas.....64
Quadro 4 - Operacionalização das variáveis explicativas.....64
Quadro 5 - Operacionalização da variáveis resultado.....65
Quadro 6 – Comportamentos dos enfermeiros que têm em conta um pensamento sistémico ao longo da primeira etapa da consulta.....68
Quadro 7 – Comportamentos dos enfermeiros que têm em conta um pensamento sistémico ao longo da segunda etapa da consulta.....69
Quadro 8 – Comportamentos dos enfermeiros que têm em conta um pensamento sistémico ao longo da terceira etapa da consulta.....69
Quadro 9 - Comportamentos dos enfermeiros que têm em conta um pensamento sistémico ao finalizar a consulta, quarta e última etapa.....70
Quadro 10 - Agenda de enfermagem disponibilizada no Centro de Saúde.....73
Quadro 11 - Agendamento mensal de atividades de observação no centro de saúde.....80
Quadro 12 - Representação do conceito de família.....91
Quadro 13 - Representação do constructo de enfermagem de família: Categorização e unidades de registo.....96

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Categorização do constructo *enfermagem de família* segundo a representação dos participantes. 95
Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de norma implícitas no local de trabalho. 98
Gráfico 3 - Distribuição das médias dos itens segundo as frequências observadas no pré-teste e pós-teste. 101
Gráfico 4 - Distribuição dos inquiridos segundo os processos de mudança de atitude face à prática de enfermagem de família ao longo do estudo. 102
Gráfico 5 – Distribuição dos participantes segundo a perceção da Autoeficácia no trabalho com as famílias. 109
Gráfico 6 - Obstáculos à prática de enfermagem de família (Pré-teste/Pós-teste): Distribuição percentual segundo o discurso dos enfermeiros. 115
Gráfico 7 - Vantagens associadas ao envolvimento da família na prática de enfermagem: categorização e unidades de enumeração. 118
Gráfico 8 - Funções do enfermeiro de família: Categorização e frequência relativa das unidades de registo. 120
Gráfico 9 - Representações das intervenções de enfermagem na família por tipo de ação: Categorização e frequência relativa das unidades de registo. 124
Gráfico 10 - Evolução média dos comportamentos dos enfermeiros, na consulta de enfermagem, ao longo do tempo. 133
Gráfico 11 - Comportamentos observados na consulta de Enfermagem – Contacto. 134
Gráfico 12 - Comportamentos observados na consulta de Enfermagem – Avaliação. 136
Gráfico 13 - Comportamentos observados na consulta de Enfermagem – Intervenção. ..137
Gráfico 14 - Comportamentos observados na consulta de Enfermagem – Consulta. 138
Gráfico 15 - Distribuição dos comportamentos observados ao longo da consulta de enfermagem consoante o nível de satisfação na abordagem sistémica do cuidado à família. 138

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Desenho da Investigação. 56
Tabela 2 - Características populacionais. 75
Tabela 3 - Distribuição da população de acordo com a idade e o tempo profissional. 75
Tabela 4 - Distribuição das famílias participantes no estudo segundo a doença crónica do seu membro. 76
Tabela 5 - Distribuição das famílias participantes pelas características sociodemográficas. 76
Tabela 6 – Estatística descritiva da FNPS. 100
Tabela 7 - Correlação não paramétrica entre a idade dos enfermeiros e a prática de enfermagem de família. 103
Tabela 8 - Atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias segundo a idade.....103
Tabela 9 - Correlação não paramétrica entre o tempo de profissão e a prática de enfermagem de família. 105
Tabela 10 - Comparação não paramétrica entre a FNPS e o tempo de profissão (Pós-teste). 105
Tabela 11 - Atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias segundo as normas. ..106
Tabela 12 - Atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias segundo a perceção de autoeficácia. 109
Tabela 13 – Atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias segundo a categoria profissional. 111
Tabela 14 - Obstáculos para a prática de enfermagem com a família: categorização e unidades de enumeração. 114
Tabela 15 - Vantagens associadas ao envolvimento da família na prática de enfermagem: categorização e unidades de enumeração. 117
Tabela 16 - Funções do enfermeiro de família: categorização e unidades de enumeração. 119
Tabela 17 - Representação das intervenções de enfermagem com a família: categorização e unidades de enumeração. 123
Tabela 18 - Representação do beneficiário das intervenções de enfermagem de família: categorização e unidades de enumeração. 125
Tabela 19 - Representação dos resultados de enfermagem: categorização e unidades de enumeração. 127

Tabela 20 - Representações sobre a abordagem sistémica do cuidado à família: Categorização e unidades de enumeração 130
Tabela 21 - Correlação da atitude com o comportamento do enfermeiro ao longo da consulta de enfermagem. 140
Tabela 22 - Perceção da família sobre cuidado de enfermagem: Categorização e unidades de enumeração. 143

INTRODUÇÃO

A Enfermagem de família apresenta-se em variados cenários e com distintas "roupagens" sempre que assistimos ao trabalho de enfermeiros com famílias.

Família como unidade de cuidados e família como contexto de cuidados desafiam os enfermeiros a adotarem abordagens distintas em prol de cuidados mais efetivos que visem mais e melhor saúde da família e de seus membros.

A investigação por um lado e as observações clínicas em Enfermagem por outro, descrevem o enfermeiro em interação com o ser humano facilitando processos de transição (Meleis, 1997, Meleis et al 2000). A assunção de que os processos de transição são mudanças de segunda ordem no estado de adaptação do indivíduo, bem como o reconhecimento da relação estabelecida entre o indivíduo e o contexto sistémico no qual evolui, provocam uma rutura epistemológica com a anterior forma de se ver os processos de saúde/doença.

Compreender que um indivíduo sai de um processo de transição saúde-doença mais forte do que antes enquanto outro, nas mesmas circunstâncias, se definha e morre leva-nos, a olhar o funcionamento do indivíduo, em termos de estabilidade/mudança, união/separação, no processo de interação/comunicação com o meio que o rodeia e a valorizar o contexto, a família, onde o meio se integra, como fonte de suporte ou de *stress* (Olson, 2000).

Segundo Wright e Leahey "…é a capacidade de *pensar em termos de interação* que incentiva a prestação de um cuidado de saúde do nível do indivíduo para a família" (2002, p15).

Em consequência incita-se a atualização de conhecimentos sobre o indivíduo em interação, o sistema, teoriza-se (Bell & Wright, 1995; Forchuk & Park, 1995; Wright & Leahey 2009), envolve-se as famílias mais nos cuidados, altera-se ou modifica-se a prática mas o resultado deste esforço é perturbador e torna a prática do enfermeiro inconsistente no trabalho com as famílias (Duhamel & Dupuis, 2011).

A transição de cuidados de enfermagem do indivíduo para a família não é linear e assume diferentes pontos de vista. Um pouco por todas as áreas do saber, Psicologia, Sociologia, Enfermagem, entre outras, identifica-se a família, como um conjunto de indivíduos em interação, como um corpo de pessoas separadas (Skynner, 1979). Aos enfermeiros pede-se que olhem o indivíduo como um todo e simultaneamente uma parte do todo que integra, que é a família e, com esta abordagem exige-se uma mudança no paradigma de cuidar – do indivíduo para a família e, no máximo da complexidade, no indivíduo a família.

Os enfermeiros constatam que os saberes então adquiridos para intervir no indivíduo, entidade única, assumem proporções de incapacidade e são inadequados quando transferidos para o individuo em interação - família. E neste contexto, o pensamento sistémico mostra-se conceptualmente consistente (Bell, 2000). A abordagem sistémica da família imprime ao trabalho do enfermeiro uma dinâmica interativa num contínuo entre o todo e as partes e vice-versa perseguindo a adaptação em processos de saúde/doença.

Apesar dos contributos de vários autores (Broome et al, 1998; Feetham et al, 1993; Friedman et al 2003; Hanson & Boyd, 1996; Hanson et al, 2005; Wright & Leahey, 2009) para a evolução do conhecimento que contextualiza o trabalho dos enfermeiros com famílias, permanece uma significativa lacuna entre os modelos teóricos e os modelos da prática (Duhamel & Dupuis, 2011). A intervenção centrada na família continua sendo a

expressão de um ideal e não uma prática prevalente, não apenas em contextos de internamento mas também na comunidade (Figueiredo, 2009; Friedman & Levac, 1997).

Segundo Segaric e Hall (2005), apesar do reconhecimento da importância da família no cuidado de saúde e do progresso no desenvolvimento de teorias de Enfermagem de Família, existe uma limitação na transferência da teoria para a prática dos cuidados de enfermagem. A maioria dos enfermeiros centra a sua atenção no indivíduo no contexto da família (Freitas, 2008).

Pela nossa experiência, lecionação de Metodologias de Intervenção com a família numa perspetiva sistémica, a maioria dos enfermeiros não assume a conceção da família como um sistema na sua prática do cuidar da família. Ao falar da enfermagem de família na Madeira, Gonçalves afirmou que " … apesar da existência do manual de boas práticas desde 2006, os enfermeiros não conseguem sair das partes … ficam satisfeitos … pois atendem à vacina da criança à doença crónica da avó mas pouco mais que isso …", (Entrevista 03/02/2008). Tendência já identificada em outros contextos clínicos onde a enfermagem de família não é visível ou tem um desenvolvimento lento (Duhamel, 1995).

A revisão sistemática de literatura sobre este tema (Santos, 2008) alerta-nos para o interesse emergente, a partir da década de 80, quer das políticas de saúde e das organizações quer dos próprios enfermeiros em tornar visível o seu trabalho com as famílias. Relembramos a Carta de Ottawa (Duncan & Maceiras, 2001), as Metas da Saúde 21 (WHO, 1998), a Declaração de Munique (WHO, 2000) e o projeto de Saúde familiar dinamizado pela OMS (WHO; 2006). Em conformidade, o Plano Nacional de Saúde, na sua III fase de implementação, apresenta como uma das principais orientações estratégicas, para obter mais saúde para todos a abordagem centrada na família e no ciclo vital (PNS, 2004-2010) mas não é clarividente na definição de programas centrados na saúde da família mas pelo contrário em programas centrados na doença.

É na expressão desta constatação, na dissociação entre a idealização e a prática da enfermagem de família, que advogamos a pertinência deste estudo. Assumiu-se a necessidade da reflexão processual face à complexidade dos contextos da ação onde se desenvolvem as interações com as famílias, justificando uma prática cada vez mais proficiente.

A ***abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no enfermeiro***, tem por principal objetivo avaliar o efeito de uma intervenção educativa, sobre a abordagem sistémica do cuidado à família, na prática do enfermeiro.

Acreditamos que uma intervenção de enfermagem face ao cuidar da família, alicerçada numa postura epistemológica distinta, a abordagem sistémica, dá visibilidade aos ganhos em saúde que a família obtém com a intervenção do enfermeiro. Contudo, as dificuldades identificadas na sua aplicação clínica levaram-nos, a partir do processo de intervenção educativa, avaliar as crenças e o comportamento dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família, a fim de compreender os fatores mediadores deste modo de cuidar.

Para o efeito o processo de transferência de conhecimentos, sobre o paradigma sistémico e a enfermagem do sistema familiar, suportado nos modelos de avaliação e intervenção na família de Calgary (Wright & Leahey, 2009), terá como finalidade facilitar a aplicação deste modelo no trabalho dos enfermeiros com as famílias.

A avaliação do processo de transferência de conhecimentos terá como indicadores a avaliação da atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família, os comportamentos dos enfermeiros na prática clínica, aquando do seu trabalho com as famílias, bem como a perceção que as famílias têm da sua intervenção.

Assim, a dissertação apresenta-se estruturada em cinco capítulos e organizada segundo as normas de publicação da American Psychological Association (2010).

O primeiro é um espaço de descrição e contextualização teórica do pensamento sistémico que suporta a abordagem sistémica do cuidado à família como um distinto paradigma do cuidar. A transferência do pensamento sistémico para a compreensão da relação terapêutica enfermeiro-família, tem por objetivo, ao tornar acessíveis conhecimentos advindos da Teoria Geral dos Sistemas e da Cibernética de 1ª e 2ª ordem, refletir sobre a atitude do enfermeiro face à prática e relação estabelecida com a família em contextos de cuidar, fundamentalmente ao nível da avaliação e intervenção na família.

O capítulo dois é referente ao enquadramento metodológico. A decisão pelo desenho de um estudo empírico de natureza ***quasi–experimental*** prende-se com o objetivo explícito, avaliar os efeitos da abordagem sistémica do cuidado à família nos enfermeiros. Procura-se conhecer o resultado, o efeito (variável dependente) de um determinado estímulo, a intervenção educativa como estratégia facilitadora da transferência de conhecimento da teoria para a prática, (variável independente) noutras variáveis. A opção tomada coloca-nos conscientes da imprevisibilidade dos resultados, característica fundamental, por um lado da investigação *quasi-experimental*, e por outro, dos intervenientes no estudo, sistemas humanos, pois os investigadores não controlam deliberadamente as condições que determinam os acontecimentos em que estão interessados.

No terceiro capítulo, focamo-nos na descrição, análise e discussão tendo por base os resultados obtidos.

O quarto e penúltimo capítulo apresenta uma discussão sobre a mudança de comportamentos e atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família. Procura-se dar resposta à questão de partida – Qual o impacto da intervenção educativa, sobre a abordagem sistémica do cuidado à família, no desempenho profissional do enfermeiro?

Finalizaremos com as principais conclusões emergentes, sugestões e implicações do estudo.

Acreditamos que os achados da presente investigação poderão influenciar os modelos da prática e dar contributos para a consolidação do conhecimento sobre metodologias de intervenção com famílias.

Olhar os percursos formativos na prática como estratégias para a excelência de cuidados à família faz emergir a necessidade da criação de infraestruturas que articulando o ensino a prática e a investigação promovam a qualidade da prática de enfermagem de família bem como o seu reconhecimento.

Envolver a família em cuidados competentes e seguros é desígnio de todos nós.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No sentido de compreender o constructo central do estudo, a abordagem sistémica do cuidado de enfermagem à família, recorremos à contextualização teórica que o enquadra – o modelo sistémico.

Defendemos que saberes advindos da Teoria Geral dos Sistemas e da Cibernética de 1ª e 2ª ordem, que englobamos na designação de pensamento sistémico (Andolfi, 1981; Barker, 2000; Hoffman, 2003; Vasconcellos, 2002), quando transferidos para a compreensão da relação terapêutica enfermeiro-família, faz emergir um novo paradigma do cuidar.

1. ENFERMAGEM DE FAMÍLIA: UM DISTINTO MODO DE CUIDAR

A literatura sobre a prática de enfermagem com as famílias pode ser localizada, na literatura Norte Americana desde inícios dos anos 80 (Burchad et al, 2004) e expande-se pelo mundo mais propriamente depois da primeira conferência Internacional de Enfermagem de Família, que decorreu em Calgary, Alberta, Canada em 1988.

Em simultâneo, na Europa, as políticas de Saúde implementavam grandes mudanças na organização dos sistemas de cuidados – a recolocação do cuidado de saúde, do hospital para a casa das pessoas, leva a que se dê ênfase ao suporte dos clientes e seus cuidadores no domicílio, na comunidade – emergindo a necessidade de equipas de prestadores de cuidados de saúde e sociais (WHO, 1978, 1985 e 1998). Aparece com força institucional um movimento em prol da Enfermagem da Família que enfatiza a figura do enfermeiro de família e de acordo com Wright e Leahey " … o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde" (2009, p 13).

A enfermagem de família apresenta-se aos enfermeiros com um novo paradigma do cuidar - do indivíduo para a família (ICPHC, 1978). Consequentemente assiste-se, a uma variedade de práticas clínicas com as famílias, a par de um aumento da investigação e uma maior inclusão dos assuntos da família nos curricula (Hanson et al, 2005).

Em Portugal a introdução de conteúdos sobre a família nos curricula do 1º ciclo do curso de enfermagem tem sido uma realidade nos últimos anos embora variável de escola para escola (Figueiredo, 2009). No mesmo sentido, na última década, a formação pós-graduada em enfermagem de família tem aumentado, " … o que evidência a preocupação das instituições na formação dos enfermeiros para os cuidados centrada na família e o

reconhecimento da importância do desenvolvimentos destas práticas" (Figueiredo, 2009, p71). Por outro lado, o aumento de professores com formação específica na área tem vindo a aumentar, o que por sua vez influencia quer os conteúdos quer as metodologias de ensino aprendizagem desenvolvidas.

Na Região Autónoma da Madeira, na Escola Superior de Enfermagem, hoje Centro de Competência de Tecnologias da Saúde da Universidade da Madeira, de 1999 a 2007 foi lecionada uma disciplina intitulada "Intervenção na Família: uma perspetiva sistémica" no curso de complemento de formação dos enfermeiros. Com a carga horária de 30 horas teórico-práticas, a unidade teve por finalidade habilitar os enfermeiros a intervir com a família como unidade de cuidados. Em 2001, com o início da formação básica em enfermagem nesta instituição de ensino os conteúdos relacionados com a família integram o curriculum do curso de Licenciatura em Enfermagem. A construção do pensar enfermagem de família tem uma dupla vertente, a família como contexto do cuidado e a família como unidade de cuidados. Nos três primeiros anos do curso de Licenciatura explora-se a dimensão da família como unidade de contexto do cuidado em enfermagem, mas a ênfase é colocada no indivíduo. No último ano, quarto ano do curso, incide-se na família como unidade de cuidados de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros aprova em Novembro de 2010 o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, enfatizando a importância desta política de cuidados para os cidadãos. O foco desta prática:

> é a dinâmica interna da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente (Diário da República, 2011).

O presente capítulo tem como principal objetivo explorar o constructo de abordagem sistémica do cuidado à família. Para o efeito começaremos por clarificar os conceitos de família, enfermagem de família e, naturalmente o que entendemos por abordagem sistémica do cuidado à família.

Quem é família?

A palavra família designa hoje realidades diversas. Todos sabemos o que é família, como funciona, quais os seus principais problemas e competências, particularmente quando refletimos sobre a nossa. Mas encontrar uma definição universal é difícil (Hanson et al, 2005; Whall, & Fawcett, 1991). A família é uma realidade com que diariamente lidamos. Uma realidade complexa cujos múltiplos significados variam conforme a disciplina/observador que os aborda. Por um lado o conhecimento e por outro o sentimento, fazem coexistir vários conceitos de família e, provavelmente, nenhum mais verdadeiro que outro; muito embora, um possa adequar-se melhor que outro à realidade que construímos e integramos.

Apresentam-se, nas ciências sociais, uma panóplia de conceitos e noções que procuram definir família segundo referenciais sociológicos, aqueles que vivem juntos na mesma casa, psicológicos, os que se ligam por fortes laços emocionais, legais, os que se unem por laços de filiação, adoção ou casamento e, ainda, biológicos no sentido na raça, genes ou linhagem. Mas o que dizem os enfermeiros que é família?

Para a maioria dos enfermeiros família é um grupo designado por uma "unidade social ou todo colectivo, composta por pessoas ligados através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo, considerado como um sistema, que é maior do que a soma das partes" (ICN, 2010, p115).

Identifica-se uma abertura e flexibilidade face ao conceito comum de família, reduzido a um grupo de pessoas ligados por laços de sangue e vivendo em coabitação,

estendendo essa ligação a afinidade e relações emocionais mesmo na ausência da consanguinidade ou de ligações legais, dando ênfase, ao sentido de unidade/ligação entre pessoas, como grupo. A definição do conceito de família aproxima-se assim duma visão sistémica, e por isso consistente para o trabalho clínico dos enfermeiros com as famílias (Friedman, Bowden, & Jones, 2003). No entanto, e em nosso entender, apesar do conceito contemplar uma imensa variedade de realidades de famílias, peca por excluir as famílias unipessoais, hoje muito comuns na nossa sociedade. Em contrapartida, a definição proposta por Wright e Leahey, "família é quem os seus membros dizem que são" (2002, p68) é aplicável a qualquer tipo de família. Por esta razão é a definição que também adotamos e consideramos mais pertinente quando se pretende uma abordagem sistémica do cuidado da família.

Naturalmente ultrapassado este primeiro impasse, a clarificação do conceito de família, confrontamo-nos com o de enfermagem de Família.

Em qualquer contexto onde os enfermeiros desenvolvam a sua prática profissional, a família surge como uma área de atenção relevante para a sua intervenção. Cuidar a família é assim "um dos primordiais interesses da enfermagem" (Figueiredo, 2009, p52).

Para quê o interesse no foco família?

A evidência teórica, segundo Hanson et al (2005) e Wright e Leahey (2009) aponta entre várias explicações o seguinte: (1) a promoção, manutenção e a recuperação da saúde das famílias tem importância para a sobrevivência da sociedade; (2) a saúde e a doença são assuntos da família; (3) a família como um todo é afetada quando um ou mais dos seus membros experienciam problemas de saúde, e é um fator significante no cuidado da saúde e bem-estar dos seus membros; (4) a família como um todo tem impacto no modo como os seus elementos resolvem os problemas de saúde e os comportamentos de saúde individuais

afetam a família como um todo; (5) a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família, e não apenas sobre o indivíduo.

A consciência de uma prática baseada na evidência aponta-nos assim para práticas responsáveis e efetivas as que envolvem as famílias nos cuidados (Abreu, 2003; Bousso & Angelo,2001; Mantzoukas, 2007), ou por outras palavras a prática de enfermagem de família.

A literatura apresenta uma variedade de designações que têm sido usadas para nomear o trabalho dos enfermeiros com as famílias. Este método de prestação de cuidados, que tem por foco a família tem feito emergir uma panóplia de termos envolvendo os conceitos de *família* e *saúde* (Wright & Leahey, 2009, p14; Bomar, 2004; p4). Desde *cuidado centrado na família* (Cunningham, 1978), *cuidado focado na família* (Janosik & Miller, 1980), *entrevistas com famílias* (Wright & Leahey, 1984), *promoção da saúde da família* (Bomar, 2004), c*uidado de saúde da família* (Hanson & Boyd, 1996), *enfermagem famíliar* (Bell, Watson & Wright, 1990, Gilliss et al, 1989; Friedman, 1992), *enfermagem do sistema familiar* (Wright & Leahey, 1990) a *enfermagem de família* (Feetham et al, 1993), todos enfatizam a abordagem da família como um distinto paradigma do cuidar em Enfermagem.

Há, contudo, pouco consenso sobre o que é abrangido por qualquer um ou todos esses conceitos (Schober & Affra, 2001) quando se procura definir enfermagem de família.

Definir enfermagem de família não é fácil.

Apesar da investigação efetuada nas três últimas décadas, os teóricos discutem o alcance do conceito de enfermagem de família, se tem por foco a família, como parte integrante do meta paradigma pessoa (cliente que recebe cuidados de enfermagem) ou como parte integrante do meta paradigma ambiente (contexto que influencia a saúde do indivíduo), (Friedemann, 1989). Na opinião da autora, “a família precisa ser entendido

como parte de ambos os conceitos de pessoa e de ambiente, ou o paradigma de enfermagem poderia ser expandido para incluir dois novos conceitos, família e enfermagem de família" (Friedemann, 1989, p212).

Com perspetivas concetuais distintas, uma focada na família como cliente e outra na família como contexto de cuidados, estes conceitos têm disseminado confusão conceptual provocando frustração nos enfermeiros, que não identificando os efeitos da sua intervenção na saúde da Família desistem, dizendo que não têm tempo para cuidar dela (Holtslander, 2005) ou cometendo erros na sua abordagem (Wright e Leahey, 2005).

De acordo com Hanson et al, "enfermagem de família compreende uma filosofia e um modo de interação com os clientes, que diz respeito ao modo como os enfermeiros colhem informação, intervêm com pacientes, advogam os pacientes e abordam o cuidado espiritual com as famílias" (2005, p 4).

Todavia tem evoluído ao longo dos tempos.

Fundamentalmente depois da década de sessenta, ao nível de vários sistemas de saúde e políticas internacionais, emergiram programas e centros de apoio às famílias (Bousso, Tito & Pires, 2006). Na base da sua criação esteve subjacente o desenvolvimento de práticas de saúde dirigidas à família (Figueiredo, 2002). Por esta altura, o conceito de família como unidade de cuidados é também introduzido nos curricula base dos cursos de enfermagem, ao mesmo tempo que se intensifica a investigação sobre família (Hansen et al 2005).

A par desta evolução os enfermeiros repensam as teorias de enfermagem (Fawcett, 1995). A enfermagem de família não estava evidente nos enunciados da maioria das teorias clássicas então existentes. A maioria era focada no indivíduo e não na família (Hanson et al, 2005). Efetuaram-se atualizações das teorias e modelos para incluir a família nos seus pressupostos, no entanto continua a ser necessária mais investigação para

que a família como cliente seja totalmente aceite e integre os pressupostos da disciplina (Wall & Fawcett, 1991, cit por Hanson et al, 2005). O quadro seguinte apresenta uma síntese com as datas de aparecimento de algumas das Teorias Clássicas de enfermagem e a correspondente alteração para introduzir conceitos relevantes à família como cliente (Quadro 1).

Quadro 1 - Introdução do conceito de família em algumas das Teorias Clássicas de Enfermagem.

Autores Teoria/Modelo	**Data** Início Alteração	**Família como conceitos relevante**
Florence Nightingale	1859	A primeira teórica que incorporou a família na enfermagem. A família tem influência positiva e negativa no indivíduo.
Martha Rogers Teoria do ser humano como um todo	1970 (Casey, 1996)	De início focada no indivíduo. Um todo multidimensional de energia em constante troca com o ambiente. Depois a família como um todo, um sistema aberto em constante troca com o ambiente
Sister Calista Roy Teoria de adaptação	1976 Roy & Roberts, 1981)	Teoria Geral dos sistemas Teoria de adaptação. Originalmente a família foi incorporada como contexto e influencia a adaptação do indivíduo em momentos de mudança. Em 1981, introduz a família como um sistema adaptativo, e o enfermeiro assiste as famílias no processo de adaptação. Ambiente e *coping* surgem como elementos importantes na enfermagem de família.
Imogene King Teoria da consecução de objetivos	1981 1987	Baseia-se na teoria dos sistemas Dá importância à interação entre o enfermeiro e a família como cliente. Destaca a importância da participação do cliente na tomada de decisões que influenciam o cuidado e os resultados.
Betty Neuman Modelo de sistemas	1970 1995	Baseia-se na teoria dos sistemas e enfatiza o organismo como um sistema aberto em relação com ele e com o meio. Vê a família como um sistema composto por subsistemas. A relação entre subsistemas é o foco central.
Dorothea Orem Teoria do deficit de autocuidado	1985 Gray (1996)	Família como contexto O principal foco é o papel que a família tem para que os seus elementos alcancem o autocuidado. Mais tarde o conceito é aplicado à família como unidade.
Rosemarie Parse Teoria da evolução humana	1992	A composição da família inclui os indivíduos que os familiares consideram ser parte da família. Comunicação terapêutica; Teoria da mudança Os enfermeiros trabalham com as famílias descobrindo soluções.
Marie-Louise Friedemann Modelo de Organização sistémica	1995	Família como cliente Consistente com a teoria geral dos sistemas Foca-se na estrutura da família
Sharon Denham Modelo de saúde familiar	2003	A saúde da família é vista como um processo de interação entre os comportamentos dos membros da família.

Fonte: (Hanson et al, 2005, p 88-9)

Conceptualmente, a enfermagem de família emerge como uma forma de abordar o cuidado da família e está naturalmente fundamentada em teorias de enfermagem. Porém influenciada por distintas áreas científicas, como a teoria geral dos sistemas, as teorias da mudança e da adaptação, entre outras, parece no entanto, consensual que a família é vista como uma unidade de cuidados.

Wright e Leahey (1990) são umas das primeiras teóricas a argumentar que a enfermagem de família surge da interceção de três áreas do conhecimento, as ciências de enfermagem, as ciências sociais e a terapia familiar (Figura 1).

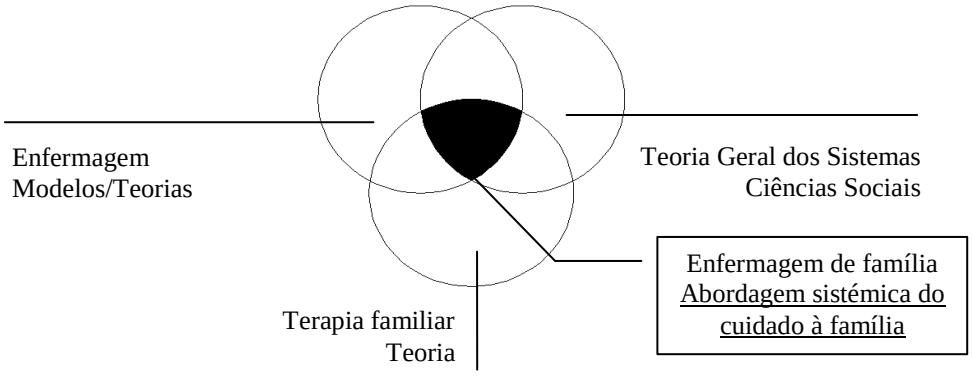


Figura 1 - Quadro conceptual que influencia a enfermagem de família.

O conceito surge assim substancialmente enriquecido com o contributo de distintas Disciplinas. Às ciências sociais, fundamentalmente à Teoria Geral dos Sistemas, vai buscar a explicação do funcionamento e dinâmica familiar, à Terapia familiar a abordagem terapêutica centradas nas forças da família e por fim, aos valores, teorias e conceções de enfermagem cujo sentido de pessoa e ambiente de cuidados guiam a avaliação e intervenção do enfermeiro face a processos de saúde doença (Hanson et al, 2005).

Deste modo, a teorização deste fenómeno, família como alvo dos cuidados, assumindo conhecimentos de outras áreas que não apenas os da enfermagem, altera e modifica a prática de enfermagem, exigindo o desenvolvimento de outros saberes

específicos. Esta mudança imprime portanto, uma nova tendência à prática de enfermagem de família.

Para Hanson e outros, o cuidado de enfermagem à família é interpretado como " … o processo de prover as necessidades de saúde das famílias que estejam no âmbito da prática de enfermagem" (2005, p 9). E segundo esta perspetiva vislumbra-se quatro formas de abordar a família, nomeadamente, como contexto, como um todo, como um sistema e como um componente da sociedade (Figura 2).

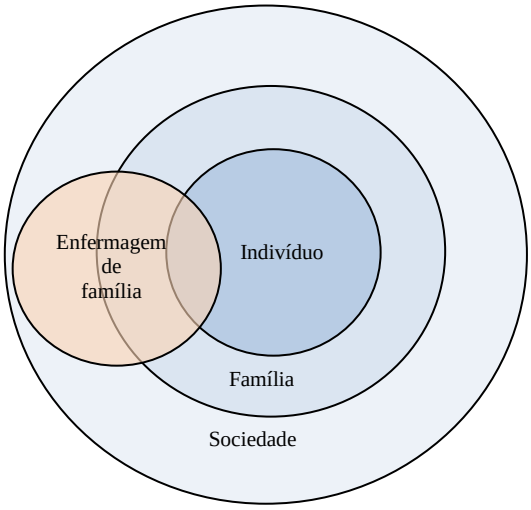


Figura 2 - Representação conceptual de enfermagem de família (Hanson et al, 2005, p9).

Esta perspetiva transversal do conceito de enfermagem de família que simultaneamente integra o indivíduo a família e a comunidade tem como objetivo a promoção, a manutenção e recuperação da saúde da família. A interseção dos conceitos de indivíduo, família, enfermagem e sociedade dá-nos conta de uma abordagem social complexa que desafia os enfermeiros ao uso de abordagens sistemáticas da família como cliente (Hanson et al, 2005, p 216) que não são exclusivas da enfermagem, mas partilhadas por outras disciplinas.

Para outros teóricos, Friedmann (1989) e Wright e Leahey (1990), por exemplo, a prática da enfermagem de família apresenta-se em três níveis de cuidados. A um nível

individual, a abordagem do enfermeiro centra-se no indivíduo como cliente de cuidado e o enfermeiro está preocupada com o seu bem-estar individual. Nesta perspetiva ele pode inclusive questionar a família sobre o comportamento de saúde do cliente, mas a família não passa do contexto dos cuidados (Figura 3 - A). A um nível interpessoal, quando o enfermeiro está centrado na família do indivíduo, a sua intervenção centra-se em díadas, tríadas ou grandes grupos relacionados com o indivíduo. A sua principal preocupação, nesta situação, é o modo como a família lida com o processo de saúde doença de um dos seus membros (Figura 3 - B). Ou a nível da família como um sistema (Figura 3 - C), em que através da estrutura e funcionamento da família atende, à sua interação com o ambiente que a rodeia bem como com outros subsistemas. Cuida da família como um todo, como uma unidade de cuidados.

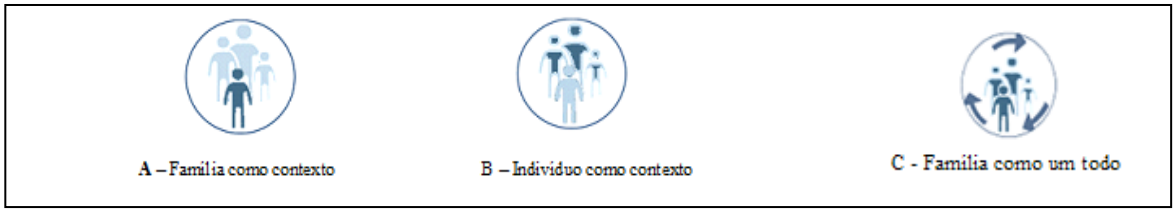


Figura 3 – Conceptualização de enfermagem de familiar segundo o foco da atenção do enfermeiro.

A compreensão do papel do enfermeiro em cada destes níveis de cuidados tem sido alvo de discussão e investigação (Benner, 1984 cit por Bomar, 2004).

Corroborando as ideias atrás descritas, assinalam-se conhecimentos e competências exigidas para uma prática generalista versus uma prática especialista (Gilliss, 1993, cit por Hanson et al, 2005, Bomar, 2004, Wright & Leahey, 2005). De tal modo que é frequente ouvir-se dizer que "… a ênfase da prática de Enfermagem de família ao nível do enfermeiro generalista é a família como um contexto" (Wright & Leahey, 2002, p28) e que o foco na

família como unidade de cuidados requer especialização na Enfermagem dos sistemas familiares e como tal está ao alcance de enfermeiros Especialistas (Wright & Leahey, 2009).

Mas o que leva os enfermeiros a envolver a família nos cuidados? O que os leva a parar ou passar um nível de cuidados?

À luz de uma perspetiva sistémica não tem sentido esta cisão. Acreditamos que a divisão entre enfermeiros que trabalham com famílias pode ser perturbadora e inclusive ameaçar a consistência dos modelos expostos na prática de enfermagem de Família se a razão que leva ao trabalho com as famílias não estiver suficientemente esclarecida. Atualmente alguns teóricos admitem mesmo que a fronteira entre um nível e outro de cuidados pode dissipar-se caso os enfermeiros se foquem na interação e reciprocidade (Wright & Leahey, 2009).

Ao distanciarmo-nos dos contextos do trabalho com as famílias, naturalmente identificamos referenciais distintos, mas ao posicionarmo-nos neles o que fazemos? Ao interagirmos com eles o que compreendemos?

Efetivamente estas e outras questões levam-nos a considerar que a essência da Enfermagem de Família está no modo como os enfermeiros integram as famílias nos cuidados e interagem com ela.

A introdução do pensamento sistémico na enfermagem, por volta dos anos 60, mostrou-se consistente com a compreensão da complexidade que o conceito de enfermagem de família exigia. Os teóricos ao advogarem o conceito de família como sistema tornam previsível que o cuidado de enfermagem seja prestado ao sistema familiar como um todo, ou como unidade de cuidados (Friedemann, 1989 cit. Miller-Ham & Chamings, 1983). Consequentemente é assumido, como fato compreensível que, o cliente da enfermagem de família é o sistema familiar (Wright & Leahey, 2009).

A abordagem sistémica do cuidado à família apresenta-se como um modo de pensar e agir que caracteriza o modo de estar do enfermeiro em interação com as famílias no

processo de cuidar. A perspetiva sistémica, transversal à maioria das teorias e modelos clássicos em enfermagem, como se pode ver no quadro nº1, apresenta-se como *background* essencial ao trabalho com as famílias.

1.1 ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA

A abordagem sistémica do cuidado à família é uma abordagem integradora que tem como foco central pensar a família como um sistema. Sustentada numa fase filosófica holística postula uma perceção do mundo real em termos de complexidade, autorreferência e "objetividade" entre parênteses (Mathúna, 2004, Jones, 2004).

A transformação do pensamento científico em pensamento sistémico, que foi talvez o fator mais determinante na génese e evolução desta abordagem familiar, deve-se, em grande parte, à conceptualização de Von Bertalanffy (1950, 1968, 1976) e às obras de Bateson e Ruesch, «Communication, the social matrix of Psychiatry» (1951, 1968, 1987, (...), 2008).

Na segunda metade do século XX, a linguagem sistémica impôs-se em todos os níveis da realidade e tudo é encarado como sistema "complexo de elementos interativos" (Von Bertalanffy, 1968, p55). Esta definição não coloca limite ao que possam ser os elementos e consequentemente, com a sua aplicação a sistemas vivos ou mecânicos, revolucionou o modelo intelectual até então predominante, o modelo analítico, e faz emergir o paradigma[1] sistémico.

O paradigma sistémico, assente nos princípios fundamentais, da totalidade, da "objetividade" entre parênteses, de uma realidade que é multiversos e não existe independente do observador, rompe com a visão mecanicista e de causa efeito, que se apresentava débil para explicar alguns dos fenómenos associados aos sistemas vivos, e promove a interdisciplinaridade do saber.

[1] Entendemos por paradigma, uma " forma de olhar o mundo, seguindo determinado tipo de pensamento" (Basto, 1998, p25)

No domínio das ciências sociais e humanas, esta forma de pensar a realidade, permitiu a construção de modelos de análise, compreensão e intervenção que deslocam o foco do indivíduo isolado para o indivíduo em interação, para o sistema (Duhamel, 1995).

Naturalmente os fenómenos com que lida a Enfermagem, sistemas humanos, famílias e indivíduos, foco e conteúdo da sua intervenção, não são redutíveis a termos matemáticos. Porém as ideias e conceitos associados às complexas preposições matemáticas ligadas à Teoria dos Sistemas e à Cibernética de 1ª e 2ª ordem, expressos se quisermos, num pensamento sistémico, constituem-se mais-valias para a avaliação e intervenção dos enfermeiros.

Encaramos o pensamento sistémico como uma disposição para a perceção do mundo real em termos de uma totalidade, intersubjetividade e complexidade, ou seja um sistema.

A noção de sistema e suas propriedades[2], quando transferidos para o conhecimento da família provoca uma rutura com a anterior forma de se ver a família e dá consistência à forma de conceptualizar o cuidado de enfermagem às famílias que vivenciam contextos de saúde/doença.

A família vista como um **todo**, como emergência dos elementos que a compõem, passa a ser uma abstração do enfermeiro. No todo está algo mais que a soma das suas partes (Alarcão, 2002, Relvas, 2000, Wright & Leahey, 2002). Logo os enfermeiros compreendem e integram que a família "Santos" é mais do que a "Maria e o João" e, mais do que isso, em cada um deles vêm a família, então, una e única.

O móbil é uma imagem, que transmite esta totalidade (Hanson, 2005). Um conjunto de peças unidas em interação, em que a cada uma delas podemos associar o móbil a que pertencem. O móbil porém não se esgota nelas, mas enriquece à custa delas. Estamos certamente habituados a ver móbiles balanceando ao sabor do vento, ou mesmo provocados

[2] Como propriedades do sistema falamos de: **Totalidade** - $1+1 \neq 2$; **Equifinalidade** - Causas iguais podem ter efeitos diferentes e causas diferentes podem ter efeitos iguais e **Retroação** – causalidade circular (Casey, 1989, p37).

por estímulos nossos, em que as suas peças se movimentam cada uma de seu jeito até encontrarem um equilíbrio. Apercebemo-nos ainda que a perturbação numa das peças afeta o total do móbil e vice-versa. Estas ideias de dinâmica e pertença parecem ser então responsáveis por esta imagem de um todo maior que a soma das partes.

A abordagem desta unidade de "corpos separados", apresenta-se no entanto como um dos importantes desafios à abordagem sistémica do cuidado à família. Como abordar sistemicamente o todo?

Com muita frequência os enfermeiros comentam que não abordam a família pois não têm acesso ao todo, e acreditam que só podem abordar a família como um todo se conseguirem reunir todos os elementos.

Abordar a família como um sistema, é reconhecer que ela está mergulhada numa realidade onde tudo é sistema, numa relação hierárquica com outros sistemas.

Esta noção de hierarquia e de relação sistémica (Figura 4) faz-nos olhar o sistema como um todo e uma parte de um todo que o envolve (Alarcão, 2002, Relvas, 2000).

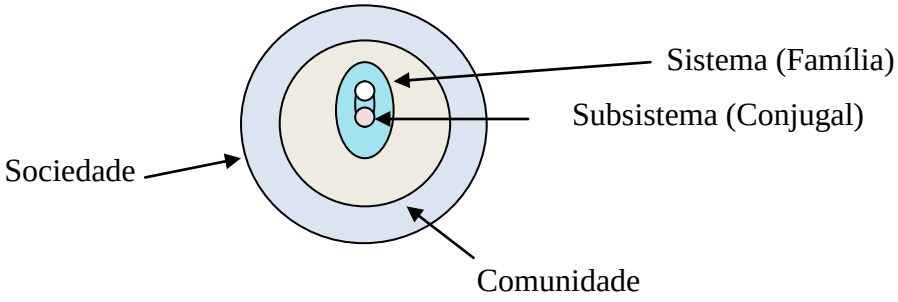


Figura 4 – Hierarquia sistémica.

Nesta perspetiva, a família é simultaneamente um todo e uma parte (Alarcão, 2002, Wright & Leahey, 2002, p38). É um sistema e uma parte do sistema que é a comunidade onde está inserida e naturalmente integra subsistemas, que são em si mesmos outras totalidades (Andolfi, 1981; Hoffman, 2003).

A visão da família como um sistema, coloca-nos num movimento de vaivém do todo às partes e das partes ao todo no sentido de integrar o seu conhecimento e, naturalmente, torna esta abordagem complexa. A cada momento o todo é reconstruído, do meio onde coexiste em relação com outros sistemas (Morin, 2000).

A complexidade desta perspetiva reside no modo como agimos, pensamos e vemos o sistema. Reunir, para compreender; elevar-se, para ver e situar-se, para agir, são três das opções metodológicas que se apresentam como integradoras de uma abordagem sistémica. Fazendo uma transposição para a abordagem do cuidado da família como um sistema, um todo único e maior que a soma das partes, integramos que cuidar da família como um todo implica: (1) a reunião dos elementos e das relações que estabelecem entre si e com o meio, e simultaneamente a interação com o indivíduo; (2) um posicionamento fora do sistema, portanto num nível sistémico superior ou mais elevado para ver o sistema; (3) e uma postura ao nível dos elementos, subsistemas, para uma melhor interação e naturalmente uma melhor compreensão.

A hierarquia sistémica poderá apresenta-se como um constrangimento à abordagem do cuidado da família. Quando cuidam do pai, da mãe, do filho, do membro da família prestador de cuidados, e de quaisquer outros elementos, os enfermeiros necessitam de repensar os seus pressupostos simplificadores e fragmentadores da realidade e passar a ver sistemas de sistemas, ou seja ver o pai, a mãe, o filho e o membro da família prestador de cuidados entre outros e as relações intra e inter sistémicas que estabelecem.

Esta ideia de simultaneidade, na abordagem sistémica do cuidado da família exige uma atitude aberta e flexibilidade. É neste sentido que a definição de família identificada pelos seus membros, proposta por Wright e Leahey (2002) e corroborada por Whyte (2005) e Hanson (2005) permite e favorece esta abordagem.

Outro conceito importante, para a integração da abordagem sistémica do cuidado da família é o de **limite do sistema** (Whyte, 2005). Os sistemas são protegidos e diferenciados

por limites que lhes garantem autonomia e diferenciação do meio circundante (Barker, 2000). Este sentido de proteção, no sentido literal do termo, indicia o limite do sistema como determinante do que entra e sai do sistema como território, permitindo-nos falar em sistema aberto, aquele que está em troca com o meio, e por oposição de sistema fechado (Figura 5).

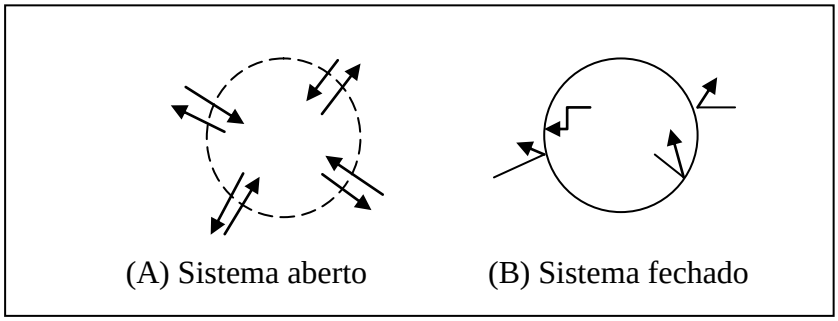


Figura 5 - Sistema abertos e sistema fechados.

Quando falamos em limites do sistema estamos então a referir-nos a regras, a normas a valores que determinam a interação do sistema com o seu meio ou com outros sistemas com quem comunica. Deste modo integramos que os limites não só "… distinguem os sistemas de outros sistemas relacionados como determinam a forma como se relacionam" (Barker, 2000, p44).

Transpondo para a família o conceito de limite, este está relacionado com os papéis individuais dentro da família, bem como com a interação da família com seu ambiente ou sistema social mais amplo (Silva, Gonçalves & Costa, 2007; Whyte, 1997), que lhe permite manter a relação e a organização.

A 1ª e 2ª cibernética ajudam-nos a compreender este conceito através do estudo da dinâmica dos sistemas pela abertura e fecho dos seus limites. Se nos centrarmos na menor unidade da vida, a célula, um sistema que possui um mundo interior, onde mantém em ordem um imenso mundo de moléculas, em que se salienta a noção de estrutura organizada, e um mundo exterior, de onde extrai as substâncias de que necessita para conseguir

sobreviver, facilmente compreendemos que a abertura do sistema (Bertalanffy, 1975) implica a constante troca de informação, matéria e energia entre o sistema e o ambiente.

O conceito de ambiente e o de relação com o ambiente não são conceitos estranhos aos enfermeiros, que reconhecem no ambiente um meio de troca que é importante apetrechar com os recursos que a família necessita para permanecer saudável. O desconcertante surge quando face ao recurso, uma ação educativa, por exemplo, uma família evolui e permanece saudável enquanto outra, se deteriora e morre. E o mais habitual nesta última situação é dizermos que a família é fechada, resistente ou que não soube se organizar face ao estímulo de mudança que veio do exterior do sistema, ou seja do seu meio.

O sistema, no seu funcionamento integra influências externas e internas que lhe dão coerência e consistência para se manter aberto, quando necessita do meio externo e para manter-se fechado, quando necessita de organizar o seu meio interno. Diz-se assim, que o sistema possui uma abertura funcional e um fecho organizacional. Esta capacidade auto-organizativa, ou seja, esta propriedade que os sistemas vivos têm de modificar espontaneamente a sua estrutura quando as condições internas ou externas mudam, permite-lhes a continuidade/estabilidade da sua organização e uma autonomia, através da evolução para níveis superiores de complexidade (Andolfi, 1981, 1998, Relvas, 2000).

Para Minuchin (1974, 2011), os limites, à semelhança de membranas semipermeáveis, possuem graus de permeabilidade variável, conforme as próprias famílias e o momento de evolução que atravessem; ou seja, conforme a organização[3] familiar.

Com base na permeabilidade dos limites ou fronteiras do sistema, Minuchin (1974, 2011) desenvolveu uma tipologia que define as organizações familiares em termos da abertura/fecho do limite do sistema familiar. Assim, conforme os limites entre os seus membros sejam mais ou menos difusos, mais ou menos rígidos, fala-se, na primeira

[3] A forma como os subsistemas familiares se organizam, o tipo de relações que se estabelecem entre eles e no interior de cada um coincide com a estrutura da família (Relvas, 2000).

situação, de famílias aglutinadas ou emaranhadas, e desmembradas ou desagregadas na segunda hipótese, (Figura 6 - A e B).

A – Família tipo emaranhada B – Família tipo desmembrada

Figura 6 – Tipologia familiar (Adaptado de Salvador, Minuchin, 1974, 2011).

Na primeira situação os vários elementos inter-relacionam-se de maneira indiferenciada, não se reconhecendo quem é quem, enquanto na segunda, não se verificam trocas efetivas entre os subsistemas, vivendo cada elemento desgarrado face a outro. A família com funcionamento saudável estaria a meio termo entre estes dois polos, teria limites claros mas permeáveis que permitiriam o contacto entre os subsistemas, mantendo no entanto a individualidade de funções.

Esta visão estruturalista do sistema e do limite que o define, alerta-nos para a autonomia do sistema e incita-nos a refletir sobre a sua dinâmica e o poder da intervenção, e mais especificamente sobre a intervenção de enfermagem a que chamamos terapêutica.

A propriedade da equifinalidade, (Barker, 2000), ajuda-nos a compreender esta dinâmica que origina mudanças no sistema. O princípio da imprevisibilidade implícito nesta propriedade – estímulos / *inputs* iguais podem provocar respostas diferentes; e estímulos diferentes podem ocorrer respostas iguais – insinua, assim, o poder organizativo do sistema e o seu intercâmbio com o ambiente.

O estudo das respostas dos sistemas vivos a determinados estímulos permite compreender que o sistema tem estruturas e funcionamentos próprios que lhes conferem

autonomia (Andolfi & Haber, 1998). Estímulos iguais provocam respostas diferentes e estímulos diferentes provocam respostas iguais. Esta propriedade de equifinalidade (Figura 7), faz-nos refletir por um lado sobre a questão da imprevisibilidade no comportamento do sistema e por outra na capacidade organizativa do sistema em produzir uma resposta independentemente do estímulo.

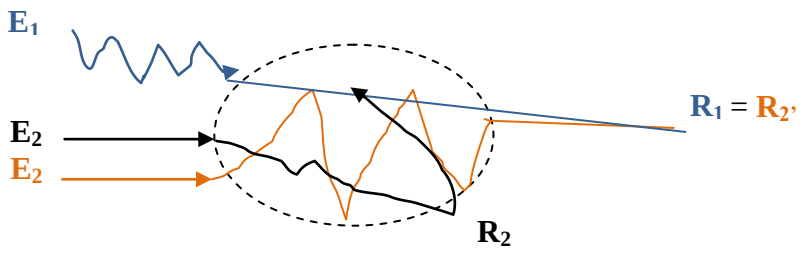


Figura 7 - Desenho esquemático da propriedade de equifinalidade.

Esta propriedade aplicada ao cuidado da família, permite-nos tomar consciência de que a intervenção com as famílias, por um lado, não se compadece de receitas e por outro, as famílias são dotadas de sistemas de controlo que lhes permite organização própria face a estímulos internos ou externos. A este propósito sabe-se, com o contributo da cibernética que um complexo sistema de feedback mantém a estabilidade do sistema, a sua homeostasia (Hanson et al, 2005, p79).

Calvin e Brommel (1986) ao estudarem a adaptação do sistema familiar concluíram que este demonstrava equifinalidade, ou seja, que o sistema familiar tinha a capacidade para alcançar metas independentemente dos pontos de partida. E como tal, a equifinalidade não estava presente nos sistemas fechados.

Se a propriedade da equifinalidade permitia relativizar a noção de família como sistema aberto, a forma como teoricamente se pensava o equilíbrio entre permanência e mudança, - respetivamente concebidas como homeostase e morfogénese, - diminuía a dimensão organizacional interna e a autonomia do próprio sistema. Foi justamente a noção introduzida pela 2ª cibernética, «organização da própria organização» que veio provar que,

apesar das mudanças permanentes a que está sujeito, o sistema mantém uma organização estável, independente das pressões que atuam sobre ele.

Acerca das pressões que atuam sobre o indivíduo/família, Roy e Roberts, (1981) explicam que todo o sistema, desde a mais pequena célula à maior instituição, passando naturalmente pelo indivíduo, possui os seus *inputs*, vindos do ambiente externo e do mundo interno. Enquanto estímulos, estes inputs, (unidades de informação, matéria ou energia) originam respostas adaptadas ou ineficientes. Os comportamentos de saída do sistema, enquanto respostas adaptativas, foram caracterizados pela autora acima citada, como as que promovem a integridade da pessoa. Pelo contrário, as ineficientes em causa colocam a integridade ou totalidade da pessoa que é incapaz de alcançar as metas preconizadas, colocando em risco a sobrevivência, o crescimento, a reprodução e o controle do sistema.

Finalmente a propriedade de retroação, associado aos sistemas dá-nos conta de uma causalidade circular oposta à causalidade linear. Compreende-se como causa linear quando um fenómeno é causa de outro, nomeadamente quando A provoca um B. Assume-se assim que A é causa de B mas não é crença geral que B tenha alguma influência em determinar A. A causalidade circular é considerada quando o fenómeno B é provocado por A e simultaneamente influencia-o (Barker, 2000, p41).

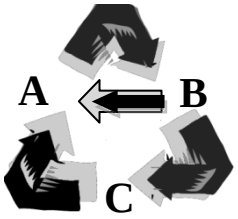


Figura 8 - Esquema de causalidade circular.

Este mecanismo também denominado de retroalimentação (Figura 8) permite a autonomia do sistema. Abordar a família segundo esta perspetiva leva-nos a questionar, o que é causa, o que é efeito. A situação alerta-nos ainda para a possibilidade dos problemas

serem da família e não de A ou B e ainda que o enfermeiro, enquanto estímulo externo também pode influenciar o problema.

E assim, da definição de sistema que foi criada para os sistemas físicos, extrapola-se para os sistemas humanos, e encoraja-se os enfermeiros a verem a família como um sistema (Hanson et al, 2005, p79). Neste sentido, ao abordar a família como um sistema, encará-la-emos como um conjunto de pessoas em interação, e usufruiremos do conhecimento que as suas propriedades determinam a definição das abordagens terapêuticas.

A partir do paradigma sistémico tudo é sistema, com características próprias. Então o que está dentro é subsistema e, necessariamente, o que o envolve é um outro sistema mais lato. Neste sentido, a família enquanto sistema é um todo mas é também parte de sistemas mais vastos nos quais se integra (sociedade). Por outro lado, a família integra outras totalidades (por exemplo o indivíduo) que são também uma parte e um todo (Minuchin & Fishman, 1990). Aceitar que um sistema é um todo significa aceitar que os elementos estão ligados uns em relação com os outros (Hanson, 2005, p79), e que são submissos às normas que conferem a esta totalidade propriedades distintas das propriedades de cada um dos seus elementos (DeFranck-Lynch, 1986) é aceitar que toda a parte do sistema está relacionada com as partes que o compõem de tal forma que uma mudança numa parte causará mudança no todo das partes e no total do sistema como se de um móbil se tratasse.

Em síntese, a perspetiva sistémica de que se tem vindo a falar pressupõe que cada indivíduo/família é um sistema vivo que se gera e desenvolve numa interação dinâmica com os sistemas que lhe são significativos, pelo que os enfermeiros que trabalham com famílias naturalmente estão envolvidos nesta interação de onde resulta o cuidado de enfermagem (Feeley & Gottlieb, 2000; Wright & Bell, 2009). A aplicação das propriedades da totalidade, da equifinalidade e da retroação, à compreensão da família e do trabalho dos enfermeiros com ela, permite a compreensão de situações e vivências únicas e singulares. No máximo da abstração o enfermeiro vê no indivíduo a família a que pertence.

Para os enfermeiros darem suporte à família vivenciando problemas de saúde, o trabalho desenvolvido por Wright e Leahey (1984, 1994, 2000, 2002, 2009) merece especial atenção. Estas enfermeiras atendendo à interação entre dinâmica familiar e saúde desenvolveram um modelo de avaliação e outro de intervenção na família nomeados Modelo Calgary de Avaliação da família (MCAF) e Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF), reconhecido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como um dos quatro modelos de referência (ICN, 2002).

O fundamento teórico dos Sistemas, da Cibernética, da Comunicação e da Mudança constituem a estrutura conceptual destes modelos. Esta perspetiva teórica combinada enriquece e proporciona fundamento ao trabalho dos enfermeiros com as famílias (Anderson, 2000; Braun & Foster, 2011; Duhamel & Dupuis, 2011; Duhamel & Talbot, 2004; Figueiredo, 2009; Hanson et al, 2005; Whyte, 2005; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009).

1.1.1 Avaliação da família

Há muito que se reconhece a importância da família para a saúde dos seus membros, todavia nas últimas décadas, o reconhecimento que a família é também um recurso para a sua própria saúde tornou-se foco de interesse e investigação (Bomar, 2004; Denham, 2003; Friedman, Bowden & Jones, 2003; Hanson et al, 2005; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009).

O enfermeiro de família, cujo papel é visto como um imperativo para a melhoria de saúde e bem-estar da família, existe para trabalhar com as famílias numa relação recíproca entre a pessoa doente, a doença e os membros da família (Wright & Bell, 2009). Porém apesar do contacto frequente com as situações vivenciadas pelas famílias, ainda não estão sensibilizados para a complexidade inerente à dinâmica familiar e para a importância de considerar a família como unidade de cuidados (Wernet & Ângelo, 2003).

O trabalho dos enfermeiros com as famílias começa com a avaliação, qualquer que seja a razão ou o contexto onde ocorra (Whyte, 2005).

A efetiva avaliação das famílias pelos enfermeiros que integram uma perspectiva sistémica do cuidado à família exige uma apreciação da família e da sua história de saúde, que integre saberes das ciências de enfermagem, das ciências sociais e da terapia familiar (Anderson, 2000; Hanson et al, 2005; Wright & Leahey, 1989).

Avaliar a família como um sistema é apreciá-la na sua dinâmica e na sua estrutura, num processo de interação com outros sistemas com quem interage, inclusive com a enfermagem e o enfermeiro. O alcance desta apreciação depende da habilidade do enfermeiro em identificar os elementos e as interações que definem família, a sua força e a sua necessidade (McCubbin & McCubbin, 1996).

Representando um esforço de aproximar a teoria à prática dos cuidados, têm surgido modelos que orientam a avaliação da família (Bomar, 2004; Hanson et al, 2005; Figueiredo, 2009; Friedemann, 1993; ICN, 2002; Wright & Leahey, 2009). Na opinião de Wright e Leahey " a aprendizagem de como fazer a transição de uma perspectiva individualista mais tradicional para o *pensar de modo interacional* ou *pensar a família* pode ser facilitada proporcionando às enfermeiras uma clara estrutura para a avaliação das famílias" (2002, p15).

O MCAF (Wright & Leahey, 2009), é uma estrutura integrada e multidimensional, desenvolvida pelas autoras para orientar a avaliação do sistema familiar. Adotado e ensinado em larga escala por todo o mundo (Hanson et al, 2005), o modelo vai na sua 5ª edição. Adaptado em 1983 do modelo da avaliação da família de Tomm e Sanders (Wright & Leahey, 2002) tem vindo a ser atualizado com visões mais amplas, nomeadamente as do pós-modernismo e biologia da cognição (Maturana & Varela, 1997).

O modelo orienta para visão macro do sistema através de três dimensões principais, nomeadamente a estrutura, o processo de desenvolvimento e o funcionamento do sistema

familiar. E cada uma delas agrega várias subcategorias que permitem uma avaliação micro do sistema.

Como com qualquer instrumento de avaliação, impõe-se alguma prudência na sua aplicação (Wright & Leahey, 2009):

- ✓ O tipo de dados colhidos, fica ao critério do enfermeiro, ou seja, nem todas as subcategorias precisam ser avaliadas num só contacto e alguns poderão nunca ser;
- ✓ Discutir com a família as categorias que traduzam uma visão compreensível da situação. Não se deixar dominar pelos dados, nem dar lugar a visões distorcidas da situação familiar por insuficiência dos mesmos;
- ✓ Ter a consciência que a avaliação é sempre uma perspetiva da família num dado momento;
- ✓ Coexistirão tantas verdades quantos os elementos da família que forem entrevistados; esta poderá constituir uma armadilha que os enfermeiros menos experientes podem cair;
- ✓ O foco da avaliação concentra-se menos nas pessoas e mais na interação entre todos os membros;

Para a utilização do modelo as autoras recomendam conceptualizá-lo como um diagrama ramificado (Figura 9).

A avaliação deve fluir naturalmente na conversa com a família à medida que mentalmente o enfermeiro segue o diagrama acima referido.

Para a avaliação da *dimensão estrutural*, o recurso ao genograma e ao ecomapa constituem-se opções fundamentais.

O genograma fornece um diagrama da estrutura familiar. A colheita de informação, sobre a estrutura familiar, os dados demográficos, a história clínica e as relações entre os elementos de uma família, ao longo de pelo menos três gerações, proporciona o desencadear de informações úteis tanto para a família como para o enfermeiro (Wright & Leahey, 2009).

A construção de um genograma tem por base um conjunto de componentes e regras e uma simbologia própria (Anexo I) de modo a sistematizar a informação colhida. Os símbolos a utilizar na construção de um genograma podem diferir de autor para autor, e sempre que houver necessidade de criar outros símbolos, o genograma deve ser acompanhado de uma legenda explicativa. Optou-se por apresentar a simbologia apresentada por Wright e Leahey (2002).

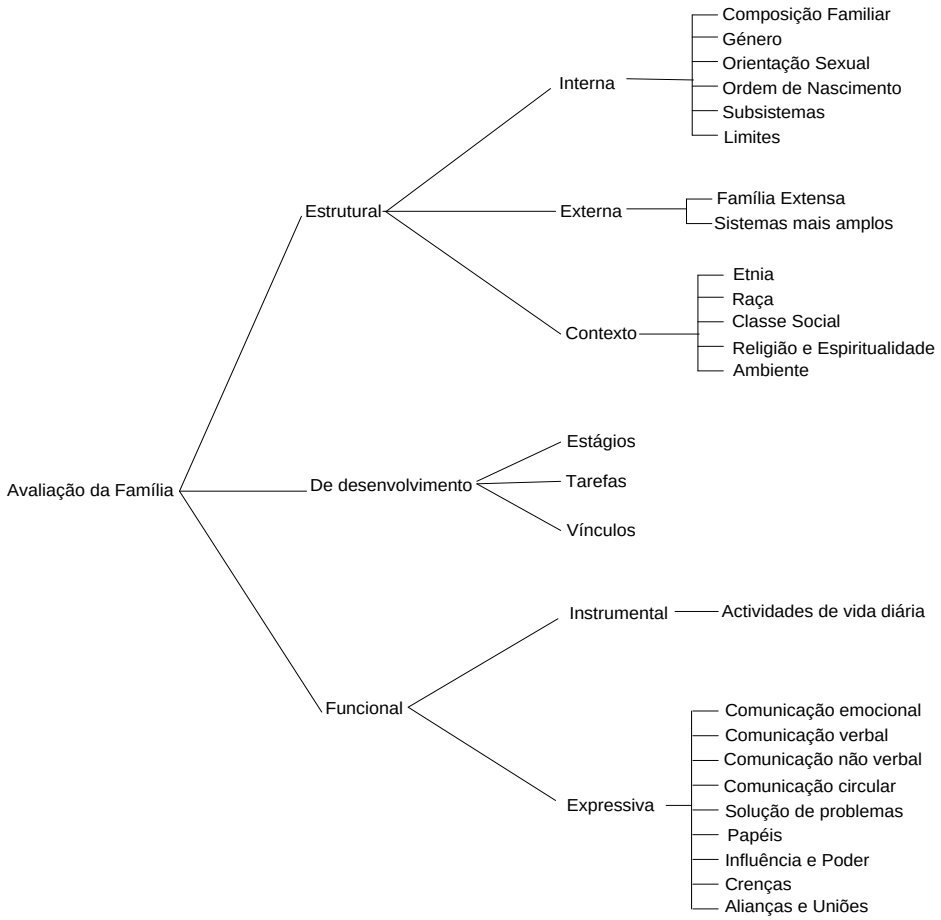


Figura 9 – Modelo Calgary de Avaliação da família (Wright & Leahey, 2002, p66).

O genograma pode ser desenhado pelo cliente, pelo enfermeiro ou com o contributo dos dois, que é o mais indicado. Através do genograma é possível o enfermeiro conhecer a estrutura interna, externa e contextual da família (Whyte, 2005; Wright & Leahey, 2009).

A construção do genograma é acima de tudo um pretexto para fluíram narrativas sobre a história da família e sobre os seus comportamentos de saúde. Quem são e como estão envolvidos na presente situação despoleta um círculo de informação que descreverá quem é a família as suas forças e fragilidades.

Sempre que possível deve ser iniciado na 1ª consulta, pois é uma boa estratégia para ter acesso ao conhecimento da estrutura da família e começar o registo pela identificação da pessoa que suscitou a sua construção. O aqui e agora marca o interesse do enfermeiro pela atual situação da família. Um alerta é contudo feito à atenção que o enfermeiro deve colocar na atividade. Assumir uma postura neutra, é imperativo para revelar aceitação dos factos que a família descreve sem os julgar.

Como o genograma o ecomapa fornece informações muito úteis sobre o tipo de relacionamentos na família. Segundo Whyte (2005), o ecomapa dá-nos uma imagem de um sistema social mais amplo com quem a família interage. É possível aceder aos contactos mais significativos que a família estabelece e identificar a natureza dos mesmos, através da intensidade dos vínculos afetivos (Anexo II). Por uma questão de lógica, optou-se pela simbologia apresentada por Wright e Leahey (2009).

À medida que vai colhendo dados o enfermeiro deverá mentalmente rever a informação e validar com a família a interpretação que faz dos mesmos, reformulando e levando a família a tecer narrativas compreensivas da situação apresentada. A avaliação da família acontece assim num ambiente de comunicação pelo que as boas maneiras do enfermeiro influenciarão a família a vice-versa (Wright & Leahey, 2002; 2009)

A avaliação da estrutura da família poderá ocorrer simultaneamente à avaliação do desenvolvimento do sistema familiar, à medida que o enfermeiro identifica a história da família. Esta surge da avaliação de momentos da vida da família marcados por acontecimentos e relações que o enfermeiro vai associando ao ciclo de vida daquela família como crises de desenvolvimento ou como crises acidentais (Relvas, 2000).

Habitualmente os enfermeiros estão familiarizados com as tarefas que a família necessita resolver em períodos de transição, nomeadamente de um estádio para outro do seu ciclo de vida e orientam a avaliação para as mesmas. Todavia, as diversas formas de família, a previsão de tarefas e a forma de ultrapassá-las são totalmente imprevisíveis. Pelo que mais importante é os enfermeiros identificaram a mudança e com a ajuda da família avaliar de que forma o sistema foi afetado (Whyte, 2005).

A forma como a família enfrenta e ultrapassa as tarefas ou exigências que os vários acontecimentos de vida lhe colocam, físicos, psico-emocionais, culturais e espirituais, é responsável pelo seu crescimento e desenvolvimento.

Avaliar como é que a família mantém a estabilidade apesar da constante mudança, facultará ao enfermeiro importantes informações sobre o seu processo de desenvolvimento, a sua história e a sua experiência de vida.

Finalmente a avaliação funcional de família, integrada nas dimensões atrás discutidas, a primeira mensagem que passa é que as famílias funcionam sempre.

A ideia de que a alteração de uma das partes do sistema afeta todo o sistema e vice – versa constitui o principal desafio que orienta os enfermeiros nesta dimensão. Atender ao modo como o sistema interage com o meio e a sua autonomia face aos restantes sistemas com quem interage, leva os enfermeiros a centrarem a sua atenção nos seus limites como uma área vital para o seu funcionamento (Whyte, 2005).

A abertura e fecho do sistema, determinado pelo conjunto de valores e regras que definem quem é quem na família, dá informações importantes sobre os padrões de interação no sistema familiar.

Parece-nos claro que a avaliação da família sendo uma tarefa tão complexa não acontece apenas num contacto com a família. Ela inicia no primeiro contacto. Dá-se mesmo o caso em que o próprio relacionamento enfermeiro-família durante a avaliação pode funcionar como uma intervenção (Whyte, 2005).

O que procuram então os enfermeiros com a avaliação da família? Para quê avaliam as famílias?

Para delimitarem a sua intervenção. Esta é uma das respostas plausíveis, dentro do pensamento e o fundamento conceptual que orienta o modo de se fazer enfermagem, o processo de enfermagem.

No que respeita à abordagem sistémica do cuidado à família, a exploração dos assuntos da família com ela, contribui para que os membros da família reflitam nas suas experiências, esclareçam alguma questão e co-identifiquem problemas, que careçam ou não da intervenção do enfermeiro para alcançar estratégias de *coping* (Meiers, Tomlinson, & Peden-McAlpine, 2007, Whyte, 2005).

Por uma questão conceptual, o MCAF envolve forças e problemas da família em vez de diagnósticos. Não indica que o enfermeiro não deva realizar diagnósticos de enfermagem, as autoras argumentam que o facto de não recorrerem ao diagnóstico de enfermagem é porque " … infelizmente, tornaram-se muito rígidos e não incluem suficiente consideração de questões éticas e culturais" (Wright & Leahey, 2002, p19), mas o entendimento, que fazem de problemas da família, é o de problemas suscetíveis de tratamento pelos enfermeiros. Neste contexto, é imperativo que no final da avaliação os enfermeiros pensem criticamente sobre os dados obtidos de modo a identificar as forças e as fragilidades do sistema familiar.

Se por um lado "é insuficiente focalizar-se nas dificuldades da família, no sentido de solucionar problemas, quando não se conhece a sua estrutura específica" (Wright & Leahey, 2002, p142), por outro lado, as histórias passadas não devem ser ignoradas mas a sua integração deve ser o quanto baste para compreender o funcionamento atual da família. Afirmamos mesmo que debruçar-se em demasiado sobre as histórias passadas poderá omitir o principal motivo que traz a família à consulta de enfermagem.

No trabalho com as famílias, a conclusão da fase da avaliação representa o momento em que o enfermeiro co-elabora com a família um possível diagnóstico e determina com ela se a intervenção é ou não necessária (Wright & Leahey, 2009).

1.1.2 Intervenção na família.

A abordagem sistémica do cuidado à família enfatiza o enfermeiro numa posição de complementaridade em relação à saúde da família e, simultaneamente, dos seus membros.

> O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem, (OE, 2004, p8).

O trabalho dos enfermeiros com as famílias, denominado neste estudo por intervenções de enfermagem, representa o comportamento observável do enfermeiro, orientado para a mudança na família (Whyte, 2005; Wright & Leahey, 2009).

A preocupação com o contexto das intervenções de enfermagem, quando se pretende uma abordagem sistémica do cuidado à família exige todavia algumas reflexões.

O MCIF foi o primeiro modelo de intervenção na família que surgiu no âmbito da enfermagem da família (Wright & Leahey, 2009) e assim como o MCAF, é hoje um dos modelos com grande expansão e aceitação a nível mundial, que nos orienta sobre a intervenção na família.

Numa perspetiva sistémica, o reconhecimento de sistemas observantes, leva-nos a aceitar que o comportamento do enfermeiro, a intervenção, desencadeia uma resposta na família, que por sua vez, é que estimulou o comportamento do enfermeiro. Deste modo as

intervenções de enfermagem acontecem com a família pois são influenciadas por ela (Wright & Leahey, 2009).

Esta noção de interação entre o enfermeiro e a família leva-nos a identificar que o resultado da intervenção de enfermagem será uma resposta da família, eficaz ou não, reveladora do seu funcionamento familiar. Esta ideia de intervenções que provocam respostas dependentes do funcionamento do sistema leva-nos a concluir que a resposta que a família dá não é determinada diretamente pela intervenção do enfermeiro mas pelo seu funcionamento.

Os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro resultam de funcionamentos eficientes ao nível afetivo, cognitivo e comportamental. A intervenção de enfermagem eficaz será aquela mais útil à mudança na estrutura biopsicossocial e espiritual dos membros da família (Wright & Leahey, 2009). Este é um dos maiores desafios ao trabalho dos enfermeiros com as famílias.

O MCIF fornece uma estrutura organizadora para conceptualizar a intercepção entre um determinado domínio do funcionamento familiar e uma intervenção específica de enfermagem que tem por finalidade a mudança do sistema. Os seus elementos estruturantes são assim os domínios do funcionamento familiar, as intervenções, e o "ajuste" ou eficácia, conforme o diagrama apresentado na Figura 10.

		Intervenções propostas pela Enfermeira
Domínios do funcionamento familiar	Cognitivo	"Ajuste" ou Eficácia
	Afetivo	
	Comportamental	

Figura 10 - Elementos do Modelo Calgary de intervenção Familiar (Wright & Leahey, 2002, p152).

No sentido de promover um funcionamento familiar efetivo, a teoria da mudança (Bateson, 1979) dá contributos importantes para os enfermeiros pensarem e decidirem as intervenções com cada família.

O primeiro contributo será para a aceitação de que o sistema paradoxalmente pode permanecer imutável apesar de mudanças constantes (Bateson, 1979, Maturana & Varela, 1997, Olson, 2000; Wright & Leahey, 2009). A mudança no sistema é gerada por estímulos internos e externos ao próprio sistema (Maturana & Varela, 1997). Todavia, algumas das diferenças não são percecionadas, e chamamos-lhe mudanças de primeira ordem, diríamos que o sistema permanece na mesma. Outras resultam em alterações qualitativas da estrutura do sistema que exigem a sua reorganização, as mudanças de segunda ordem, frequentemente reconhecias por "mudança mudança". Todavia, umas e outras são necessárias para manter a estabilidade o sistema.

Aceitar a mudança como perturbação do sistema que gera estabilidade, predispõe, em nosso entender o enfermeiro para uma intervenção mais efetiva com a família. A crença que a família está em constante mudança desperta o enfermeiro para os padrões de interação da família.

A compreensão do funcionamento do sistema, com recurso às suas propriedades de retroação e equifinalidade complementam esta compreensão.

Pela propriedade da *retroação*, uma intervenção pode ser dirigida a um dos domínios e afetará os outros e simultaneamente todo o funcionamento familiar promovendo a mudança. Neste contexto a decisão por qual o nível de funcionamento deve incidir a intervenção do enfermeiro não é primordial, mas sim a decisão tomada com a família sobre a utilidade da mesma para o seu funcionamento. Não existem formas únicas de intervir com o sistema (Wright & Leahey, 2009).

Se atendermos à propriedade da *equifinalidade*, em que estímulos iguais podem provocar respostas diferentes, bem como estímulos diferentes podem provocar respostas

iguais, rapidamente ficamos convencidos que as intervenções de enfermagem, numa abordagem sistémica do cuidar não serão um role de prescrições mas sim opções pensadas para cada família e para cada situação.

Sabe-se contudo, que a mudança mais profunda e contínua é aquela que ocorre ao nível das crenças da família (cognição). A mudança depende da perceção do problema (Wright & Leahey, 2009).

Neste sentido o MCIF orienta a decisão da proposta de intervenção mais adequada, determinada pela família e pelo enfermeiro, tendo em vista o domínio predominante do funcionamento familiar onde se pretende efetuar o ajuste/ mudança.

Os enfermeiros no seu trabalho com as famílias, em variadas situações de prestação de cuidados, debatem-se com a questão do tempo e com a indicação de envolvimento da família nos cuidados.

O tempo da intervenção é parte integrante da consulta de enfermagem de família, desenvolvendo-se desde o contacto até ao término da mesma. A habilidade dos enfermeiros em conduzir a entrevista com a família aumenta a eficácia da intervenção e possibilita o desenvolvimento de consultas breves, de quinze minutos ou menos (Wright & Leahey, 2009).

A indicação para envolver a família nos cuidados é desde logo clara, face à abordagem sistémica do cuidado à família, como temos vindo a argumentar. Existem contudo algumas situações em que a intervenção do enfermeiro não está indicada (Blomqvist & Ziegert, 2011). Temos o caso em que nenhum dos membros da família aceita a intervenção do enfermeiro mesmo que indicada, e a situação em que a família prefere recorrer a outro profissional (Wright & Leahey, 2009).

As intervenções de enfermagem com a família, cujo objetivo final é ajudar a família a descobrir novas soluções e a reduzir o seu sofrimento emocional, físico e espiritual, são

plataformas terapêuticas essenciais à existência dos resultados de Enfermagem de Família (Duhamel, Dupuis & Girard, 2010).

A investigação realizada por Figueiredo (2009), dá-nos a conhecer uma série de focos que originam diagnósticos elaborados pelos enfermeiros no trabalho com as famílias, rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico; satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental; papel de prestador de cuidados e processo familiar, mas efetivamente esta é uma área que necessita de mais estudo e desenvolvimento.

CAPÍTULO II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No presente capítulo expõe-se de forma detalhada o plano metodológico que suportou a investigação.

Trata-se de um projeto de investigação centrado na enfermagem de família, enquanto objeto de estudo, e orientado para o modo como os enfermeiros envolvem as famílias no cuidar.

O processo de transferência de saberes (*Knowledge transfer*), que acompanha a abordagem sistémica do cuidado da família, norteou um estudo de natureza *quasi-experimental*, enquanto opção metodológica, num contexto da prática clínica.

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A investigação em enfermagem de família, aponta-nos como modelos de intervenção mais consistentes e eficazes para a saúde da família, modelos que integram uma abordagem sistémica da família (Broome et al, 1998; Feetham *et al*, 1993; Bell, 2000; Duhamel & Talbot, 2004, Hanson et al, 2005, Wright & Leahey, 2009).

Porém apesar das políticas Nacionais e Regionais de Saúde, orientarem para a estratégia "**a abordagem centrada na família …" (**DGS, 2004), dos referências emanados pela Ordem dos Enfermeiros proclamarem "a cada família um enfermeiro" (OE, 2002a) bem como o reconhecimento da necessária mudança de paradigma no cuidar, do indivíduo para família (Oliveira et al, 2011), em prol de mais e melhor saúde, confrontamo-nos com uma prática de enfermagem onde **a abordagem sistémica da família não é prática sistemática** denotando deste modo vulnerabilidade do modelo em uso, prevendo-se fraca visibilidade da intervenção do enfermeiro na saúde da família, e uma atitude do enfermeiro desfavorável face ao trabalho com as famílias (Duhamel & Dupuis, 2011).

Que contextos?

No contexto da prática da enfermagem de família na Madeira, a abordagem sistémica da família não é a prática prevalente (Freitas, 2008), apesar da existência de um manual de boas práticas à família, desde 2006, baseado no modelo de avaliação e intervenção à família de Calgary, nos cuidados de saúde primários (Gonçalves, 2006).

A falta de conceitos claros sobre Enfermagem de família, família e Saúde familiar, associados a semântica inconsistente e linguagem complexa usada na literatura, faz, na opinião de Segaric e Hall (2005) que a maioria dos enfermeiros não compreenda e virtualmente aceda a este conhecimento. Em consequência, quando discutem a teoria ou a

implementam na prática podem experienciar frustração, confusão, e ou fazer interpretação e compreensão incorretas dos conceitos em questão (Segaric & Hall, 2005).

A literatura, a este propósito aponta várias razões, para esta problemática. Uma delas refere-se ao facto da prática não suportar a teoria, e como exemplo temos os contextos onde os enfermeiros simplesmente excluem as famílias dos cuidados e permanecem focados no indivíduo apesar dos avanços teóricos já atingidos. A fraca articulação entre os enfermeiros da prática e das escolas é uma outra razão apontada. A dissociação teórico-prática faz com que momentos de partilha e reflexão não aconteçam. E por fim, quando o saber teórico é distinto do prático, pode a teoria ser pouco consistente. Apontam-se assim os contextos da prática como dificultadores da interação teórico-prática. E alguns deles são a falta de tempo, rotinas institucionais e restrições de visitas e cuidados às famílias (Wright & Leahey, 1990 e 2000, Galvin et al, 2000).

Modelos 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 concelho internacional de enfermeiros para o trabalho com as famílias (WHO, 2002, Friedman et al, 2003, Hanson et al, 2005).

O modo como os enfermeiros envolvem a família nos cuidados é determinante de mais e melhor saúde das sociedades. A eficácia de cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família, e não apenas sobre o indivíduo. As famílias como um todo têm impacto no modo como os seus elementos resolvem os seus problemas de saúde e os eventos de saúde individual e os seus comportamentos de saúde afetam a família como um todo (Wright & Leahey, 2002; Hanson et al, 2005).

As políticas de financiamento da saúde, em muitos países começam a dar importância e intensificam a investigação de resultados que possam beneficiar a saúde dos cidadãos,

porém, o conhecimento gerado pela investigação é geralmente subutilizado, mesmo que identifique e explique as vantagens e desvantagens do seu uso numa determinada área (Pentland et al, 2011). Ao nível da enfermagem de família, a abordagem sistémica do cuidado da família, é uma destas situações (Duhamel & Dupuis, 2011).

Como transferir o conhecimento adquirido para a prática?

No caso especifico como facilitar a abordagem sistémica do cuidado à família pelos enfermeiros?

Esta questão de investigação norteou a razão de ser, e logo a pertinência desta investigação. Um processo que ativasse a abordagem sistémica na relação enfermeiro família nos contextos de cuidar, influenciaria a prática dos cuidados de enfermagem à família e tornaria visível o papel do enfermeiro de família, demarcando-o no contexto dos sistemas de saúde como recurso à saúde da família.

A pesquisa teórica, apresenta o *Knowledge Transfer*, termo genérico que recentemente tem surgido para descrever o processo pelo qual um novo conhecimento é colocado em ação (Kitson & Bisby, 2008), como potencial solução para os obstáculos mais comummente encontrados e capazes de acomodar os sistemas de saúde aos desafios específicos do uso de evidências.

A propósito dos fatores que influenciam a transferência de saberes (Henderson, 2002), o desenvolvimento de programas vocacionados para o desenvolvimento pessoal do enfermeiros da prática clínica, de modo a encoraja-lo a mudar as suas atitudes e mentalidade, enche-se de sentido. A ideia de um programa, centrado nas necessidades do enfermeiro, para colocar em ação a abordagem sistémica do cuidado à família, adequa-se ao propósito deste estudo e faz emergir uma relação entre teoria, prática e investigação.

As peças do puzzle colocam-se a jeito e esboçam-se os elementos principais. Os enfermeiros no seu trabalho com as famílias (a prática), o programa (a teoria) e o

investigador (investigação), que num mesmo espaço perseguem o mesmo objetivo. Uma prática baseada na evidência.

Que espaço?

O ambiente clínico, andaime entre a teoria e a prática, onde uma verdadeira fusão entre teoria e prática pode realmente ocorrer, (Tsai & Tsai, 2005), mostra-se apropriado para o desenvolvimento de uma relação entre teoria, prática e investigação.

Nesta arquitetura de pensamento, faz então sentido que face à relação enfermeiro família, um programa educacional, que torne o conhecimento sobre a abordagem sistémica do cuidado da família mais refinado e destilado e, presumivelmente, mais útil para os interessados (Graham et al, 2006) tenha impacto na atitude profissional, face ao cuidar da família.

Compôs-se assim a pergunta de investigação que norteou este estudo. **Qual o efeito da intervenção educativa, sobre a abordagem sistémica do cuidado da família, no enfermeiro?**

A abordagem sistémica assume aqui a expressão de um modo de pensar, que transforma a ação envolvida no cuidar da família. A visão conceptual da família como um sistema. Quer se trate de um indivíduo ou grupo de indivíduos que se intitulem *família*, (Wright & Bell, 2009) este tipo de abordagem naturalmente imprime um olhar distinto sobre a relação e interação da família com outros sistemas, nomeadamente com o enfermeiro.

Tratando-se de uma ação desempenhada pelo enfermeiro, portanto intervenção de enfermagem, adotamos o sentido concedido por Wright, Watson e Bell (1996, cit por Wright & Leahey, 2009), de um comportamento geralmente intencional e consciente, observável do enfermeiro que faz alguma coisa com alguém. Defendemos assim que a intervenção de enfermagem é interacional, não faz por ou para o cliente, mas com o cliente (Wright & Leahey, 2009). E desta conceção emergem os focos principais, o comportamento do enfermeiro e a resposta da família, alvos da atenção do investigador.

Considerando a perspetiva de Basto e Portilheiro (2003), sobre as conceções de cuidados de enfermagem, assumimos que o cuidado da família numa perspetiva sistémica se inscreve numa abordagem centrada na pessoa e portanto na relação enfermeiro-utilizador (Figura 11).

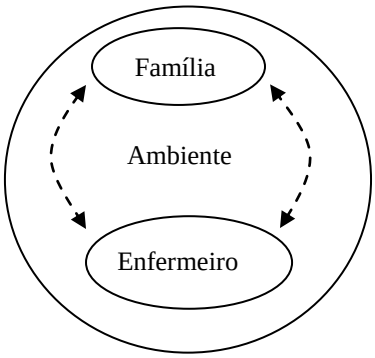


Figura 11 - Prática de Enfermagem de Família.

Assumimos assim um cuidado à família consequência da relação produzida a cada momento, enfermeiro - família - ambiente.

Porém a prática da abordagem sistémica do cuidar da família, é ainda negligenciada e apresenta-se como um desafio, a muitos enfermeiros, em muitas partes do mundo (Duhamel & Dupuis, 2011). Esse desafio parece, segundo as autoras atrás mencionadas, estar sobretudo relacionado com a componente relacional envolvida na prática da abordagem sistémica do cuidado da família e com as crenças dos enfermeiros acerca do seu papel no cuidado da família.

No sentido de compreender esta problemática, o presente estudo, avalia o efeito de um programa facilitador da abordagem sistémica do cuidado à família, na atitude profissional do enfermeiro.

Ao pretendermos estudar esta problemática, estamos conscientes que são múltiplos os caminhos a percorrer e qualquer que seja o caminho selecionado existirão variáveis incontroláveis que influenciarão o resultado atingido. Porém a opção por metodologias educativas interativas (Henderson, 2002), centradas no enfermeiro, como o *role playing* e

focus groups, intercaladas com uma intervenção de proximidade, caracterizada pela máxima flexibilidade e respeito pelas escolhas dos enfermeiros, procuraram consolidar a produção de conhecimento.

Identificado o hiato entre a teoria e prática de enfermagem de família, definiram-se como objetivos do estudo:

1 - Avaliar o impacto da intervenção educacional, abordagem sistémica do cuidado à família, na atitude e comportamento dos enfermeiros;

1.1 - Analisar os elementos das representações dos enfermeiros sobre família e enfermagem de família;

1.2 -Analisar a perceção que os enfermeiros têm da norma implícita no local de trabalho que orienta para a prática de enfermagem de família;

1.3 - Avaliar a atitude do enfermeiro face à abordagem sistémica do cuidado à família;

1.4 -Analisar a perceção dos enfermeiros sobre os obstáculos e as vantagens à prática da enfermagem de família;

1.5 - Analisar as funções profissionais desenvolvidas no trabalho com as famílias;

1.6 - Analisar as intervenções de enfermagem, quando os enfermeiros envolvem a família no cuidar;

1.7 - Analisar os resultados de enfermagem de família sensíveis à intervenção do enfermeiro;

1.8 – Identificar o comportamento do enfermeiro, face à abordagem sistémica do cuidado à família.

2 – Analisar a perceção que a família tem da abordagem sistémica do cuidado (intervenção sistémica do enfermeiro).

Acreditamos que os resultados do estudo tornarão claro que a intervenção formativa nos contextos da prática influência a atitude e os comportamentos dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família.

2. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

Os métodos e as técnicas aqui descritas fazem parte do caminho assumido pelo investigador, um acesso, que permitiu interpretar com maior coerência e correção possível a questão proposta para estudo e encontrar uma resposta fidedigna, que consolidasse o conhecimento sobre enfermagem de Família.

O contexto onde decorreu o estudo, desde logo incitou a preocupação com o rigor da investigação. Nas situações reais há presença de muitos fatores que interferem na pesquisa e que podem fugir ao controle do investigador. Neste cenário, apresentar uma resposta, que fosse a mesma qualquer que fosse o número de investigadores a estudar esta temática, mostrou-se um desafio.

De acordo com Basto, não basta juntar a curiosidade intelectual e recorrer a metodologia adequada ao tipo de dados, para chegar a um resultado, "os resultados de uma investigação serão diferentes dependendo da forma de olhar a realidade" (1998, p 23). Vai esta perspetiva de encontro a um dos princípios norteadores do pensamento sistémico, a realidade é multiversos e está intimamente relacionada com a forma como a vemos. Como diria Werner Heisenberg, o que vemos não é a realidade em si, mas a realidade submetida ao nosso modo peculiar de interrogá-la.

Considerando que "uma determinada forma de olhar a realidade pode ser definida como um paradigma" (Basto, 1998, p23), enquadramos a presente investigação, no paradigma pós-positivista (Kermode & Brown, 1996). A triangulação de dados e técnicas, qualitativos e quantitativos (Malhotra, 1994), enfatizam uma preocupação em explicar o fenómeno em estudo.

No sentido de clarificar o percurso assumido ao logo do estudo, segue-se a descrição do desenho da pesquisa.

2.1 TIPO DE ESTUDO

A decisão pelo desenho de um estudo empírico, de natureza *quasi–experimental* (Figura 12), prende-se com o objetivo explícito, avaliar o efeito da abordagem sistémica do cuidado à família nos enfermeiros. Pretende-se conhecer se há diferenças significativas nos comportamentos e atitudes dos enfermeiros antes e depois de uma intervenção educativa.

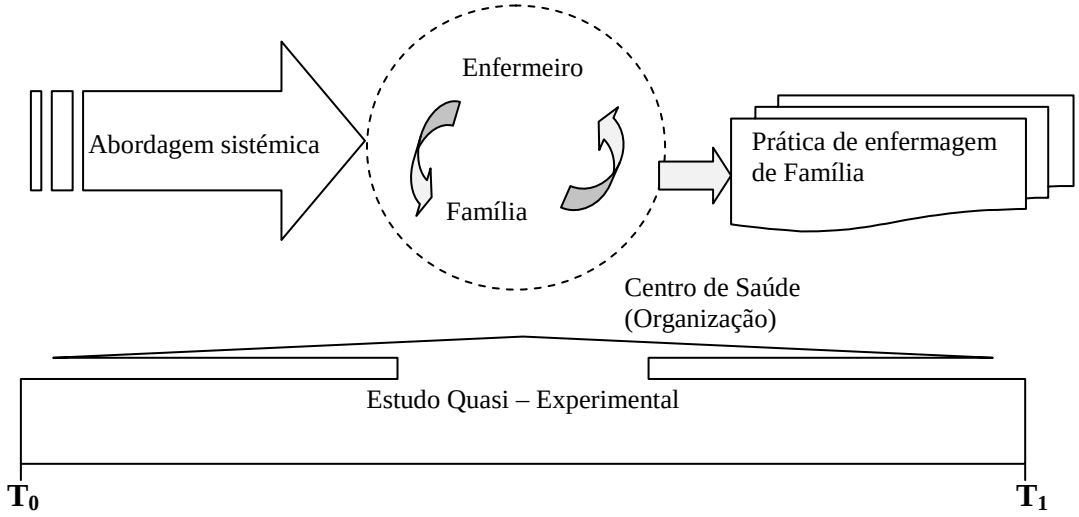


Figura 12 - Abordagem Sistémica do cuidado à família: Impacto no enfermeiro.

A opção por um estudo *quasi-experimental* com um único grupo, coloca-nos conscientes da imprevisibilidade dos resultados, característica fundamental, por um lado da investigação *quasi-experimental* (Gribbons, Barry & Herman, Joan, 1997), e por outro, dos intervenientes no estudo, sistemas humanos, pois os investigadores não controlam deliberadamente as condições que determinam os acontecimentos em que estão interessados, através de uma atribuição aleatória.

Obter um grupo de controlo equivalente ao grupo do estudo, foi desde logo uma missão impossível. Primeiro porque as equipas de enfermagem emergem com características próprias e são afetadas pela sua estrutura e dinâmica. Os enfermeiros, os valores, as regras, os estilos de liderança e organização, bem como as famílias e respetivas necessidades de cuidados, constituem-se fatores que naturalmente interferem na relação enfermeiro família

tornando-a única e por isso difícil de controlar ou manipular. Em segundo surge o contexto. O trabalho de campo desenvolve-se em cenários reais, onde existem muitos fatores que interferem na investigação e podem fugir ao controle do investigador, pois o ambiente não é criado por ele (Mattar, 2005). Variáveis estranhas podem ocorrer simultaneamente e gerar confusão sobre o que provoca a mudança.

Por fim, e também usado como razão para não recorrer a grupo de controlo, foi o facto das unidades de teste serem pessoas. Mattar (2005) alerta para o efeito de teste provocado pelas medidas utilizadas para medir a variável em estudo antes da intervenção. No caso concreto, os enfermeiros ao conhecerem o que está a ser medido podem sentir curiosidade e interesse, e interferir na sua maneira natural de agir face ao trabalho com as famílias, enviesando as conclusões do efeito da intervenção.

Porém, face à natureza do foco em estudo, o impacto de um programa educacional facilitador da abordagem sistémica do cuidar da família, no enfermeiro (unidade de teste), e apesar dos constrangimentos atrás referidos, um estudo *quasi-experimental* de séries temporais, tem sido considerado uma das melhores alternativas para a compreensão da mudança de comportamentos dependente de uma intervenção (Shadish et al, 2002, Trochim, 2005).

Neste âmbito, optou-se por um estudo *quasi-experimental* de séries temporais, segundo o seguinte esquema (Figura 13).

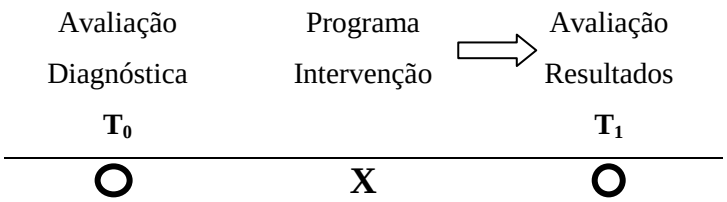


Figura 13 - Estudo quasi experimental com duas séries temporais, pré e pos- test.

O recurso a duas avaliações (ou medidas), obtidas pré (T_0) e pós (T_1) intervenção, fornece informações valiosas sobre a mudança de comportamentos e atitudes dos

enfermeiros face ao trabalho com as famílias sensíveis à intervenção do programa. De acordo com Trochim & Donnelly (2007) as medidas em vários pontos no tempo, antes e após o programa, são suscetíveis de fornecer uma imagem confiável sensível às tendências de desempenho.

A projeção, no tempo e espaço de relação com os participantes, dos procedimentos e métodos selecionados traduziu-se no seguinte cronograma (**Figura 14**)

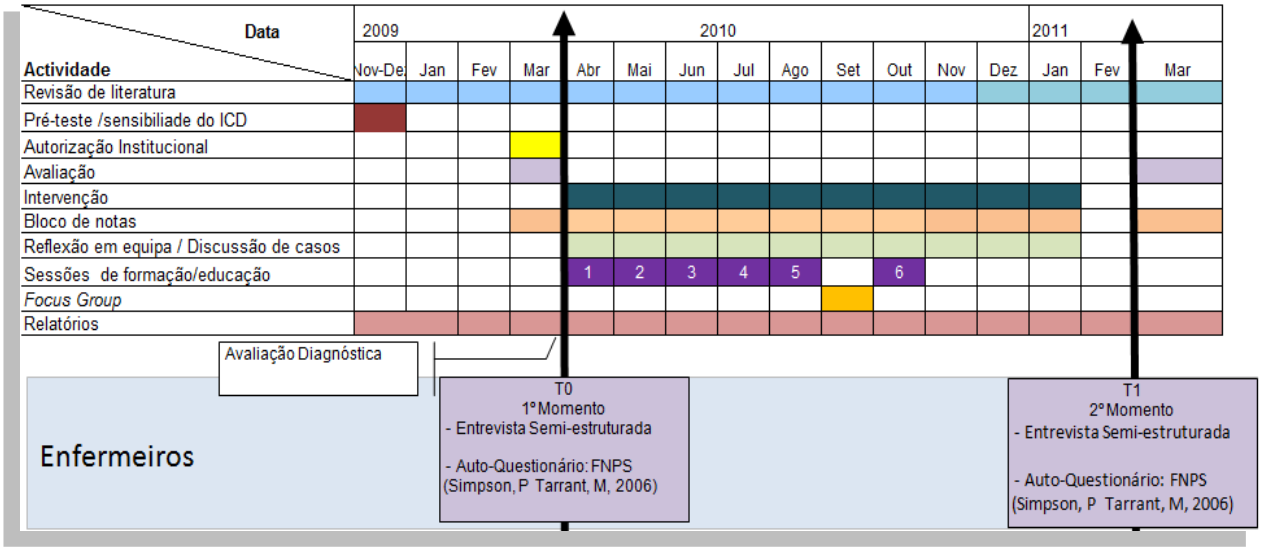


Figura 14 - Cronograma do Projeto de Investigação.

No sentido de minimizar as limitações da pesquisa *quasi-experimental* com um único grupo, sem recurso a um grupo de controlo, promovemos a validade de período e interna, integrando ao longo dos 12 meses de duração, procedimentos metodológicos de cariz quer quantitativos quer qualitativos (Miyata & Kai, 2009) conforme a descrição na Tabela 1.

Recorreu-se à triangulação de técnicas (Denzin & Lincoln, 2000), e à comparação de dados anteriores e posteriores à intervenção, a partir da amostra emparelhada no sentido de fortalecer os resultados de interesse e possibilitar a descrição mais aprofundada das práticas dos enfermeiros decorrentes das interações com as famílias.

Tabela 1 - Desenho da Investigação.

Período	Séries Temporais	Participantes	Instrumentos	Métodos / Técnicas
Março 2010	**1º Momento: Avaliação diagnóstica**	Enfermeiros	1 – Entrevista Semi-estruturada: Que crenças orientam os enfermeiros no seu trabalho com as famílias? Qual a perceção que os enfermeiros têm do seu trabalho com as famílias? 2 - Auto Questionário: Family Nursing Practice Scale (Simpson, P & Tarrant, M.; 2006)	Análise de conteúdo (Bardin, 2008). Análise Estatistica
		Famílias	1 – Entrevista Semi-estruturada: Famílias com doença crónica num dos seus membros são alvo da intervenção dos enfermeiros. Qual a perceção do cuidado de enfermagem?	Análise de conteúdo (Bardin, 2008).
Abril 2010 a Janeiro 2011	**Intervenção**	Enfermeiros	1 – Supervisão relacional: Cada enfermeiro acompanha uma família da sua área geográfica e implementam a abordagem sistémica (Modelo de Calgary). 2 – Sessões de discussão – Reflexão crítica centrada na saúde e na competência/força da família. Como Funcionam? 3 – Sessões de Educação – atualização de saberes.	Observação participativa da consulta de enfermagem (2 dias por semana) - Bloco de notas. Modelo de Calgary (Wright & Leahey, 2009) FACES III (Olson, 2000) Reflexão em grupo Expositivo Role-playing
Março 2011	**2º Momento – Avaliação final**	Enfermeiros	1 – Entrevista Semi-estruturada: Que crenças orientam os enfermeiros no seu trabalho com as famílias? Qual a perceção que os enfermeiros têm do seu trabalho com as famílias? 2- Auto-Questionário: Family Nursing Practice Scale (Simpson, P & Tarrant, M.; 2006)	Análise de conteúdo (Bardin, 2008). Análise Estatística
		Famílias	1 – Entrevista Semi-estruturada: Famílias com doença crónica num dos seus membros são alvo da intervenção dos enfermeiros. Qual a perceção do cuidado de enfermagem?	Análise de conteúdo (Bardin, 2008).

Embora na fase de projeto da investigação tivesse sido planeada uma avaliação intermédia, por volta do 6º mês do trabalho de campo, com o decorrer das atividades ela não

se mostrou oportuna. Por um lado, o interesse e a solicitação dos enfermeiros por sessões de formação e discussões em equipa levaram à reprogramação quer de sessões quer de discussões de caso para além do tempo tempo pré-estabelecido. Por outro lado, a cumplicidade gerada pela presença do investigador e dos debates reflexivos sobre a prática desenvolvidos mensalmente não justificou a necessidade deste momento de avaliação.

Em alternativa, realizou-se por altura da avaliação intermédia um *focus group* com o objetivo de identificar com a equipe, o *feedback* da intervenção, as mudanças da prática de enfermagem com as famílias que expressavam uma abordagem sistémica e as sugestões para o restante período do estudo.

No sentido de obter uma maior fidelidade ao relato do grupo, convidou-se um colega para redator principal. A presença de um redator não interveniente no programa de intervenção, mas considerado pelos profissionais uma pessoa idónea na profissão, foi um estímulo motivador à reflexão e expressão das suas crenças sobre a abordagem sistémica do cuidado a família e simultaneamente um motivo de escape para reivindicarem mudanças na organização e dinâmica do centro de saúde. Considera-se que esta estratégia foi pertinente e a equipa assumiu uma postura corresponsável pelo processo de mudança.

A intervenção constituiu-se uma etapa fundamental neste tipo de estudos, e no sentido de uma melhor compreensão do seu papel e efeito na mudança de comportamentos e atitude do enfermeiro, passamos a descrever as estratégias adotadas.

2.2 INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Que intervenção, que fatores contribuem para uma melhor implementação das práticas recomendadas?

A literatura não apresenta muitas respostas e faltam estudos comparativos (Boaz, Baeza & Fraser, 2011), no entanto são apontadas como estratégias para a transferência de conhecimento, a formação profissional contínua, o suporte à decisão clínica, com o recurso a meios informatizados, as mudanças organizacionais relacionadas com as equipas e a gestão institucional entre outras (Wensing, 2011; Wensing, Bosch & Grol, 2010).

No sentido de conhecer o efeito que a intervenção educativa provoca para a mudança das práticas clínicas com as famílias, durante um período de doze meses foi implementado o programa educativo, referido no ponto anterior. Conceptualmente alicerçado na enfermagem do sistema familiar e no MCAF e MCIF, especificamente nos referenciais sistémicos da avaliação e intervenção na família, este programa promoveu, recorrendo a métodos e intensidade de execução de acordo com as necessidades dos enfermeiros participantes, a construção de um cuidado sistémico à família.

O programa educativo tendo em vista a mudança da prática, norteou o planeamento de conteúdos, estratégias e atividades da intervenção educativa.

Para o desenvolvimento do programa teve-se em consideração uma aprendizagem contextualmente especificada que facilitasse uma maior compreensão e melhor desempenho clínico a abordagem sistémica do cuidado à família. Acreditamos que o contexto clínico oferece oportunidades, nomeadamente a resolução real de problemas, que facilita uma educação contextual (Abreu, 2003, Seufert, 2003, Tsai & Tsai, 2005).

Neste sentido, no trabalho quotidiano com as famílias, a discussão de casos foi uma das estratégias adotadas. Os enfermeiros participantes avaliaram que " … foi benéfico (…), as entrevistas mesmo com a prática, fazendo ao utente como fizemos"(E18), e "… as

formações … as conversas que íamos tendo informais permitiu que a pessoa visse de outra maneira, que analisasse de outra maneira.”(E14).

Para além do contexto, teve-se em consideração as estratégias e os métodos de ensino-aprendizagem de conhecimentos. Defendemos que os formandos quando aprendem de maneira significativa constroem significados para as suas experiências e tornam-se agentes da sua própria aprendizagem (El-Hani & Bizzo, 2001).

Para tornar a aprendizagem efetiva fundamentamos o processo de ensino aprendizagem em intervenções multifacetadas, na educação interativa, na orientação educacional especialmente nas prescrições e nos lembretes, pois na opinião de Wensing (2011) são as estratégias que têm revelado maior eficácia na intervenção educativa (*Quadro 2*).

Quadro 2 - Estratégias facilitadoras da transferência de conhecimentos.

ESTRATÉGIAS	NÍVEL DE EFICÁCIA
Difusão de material educativo escrito Educação didática	Muito ineficaz
Auditoria e feedback Reuniões de consenso Líderes de opinião Intervenções com o cliente mediadas	Eficácia variável
Lembretes Orientação educacional (prescrições) Educação interativa Intervenção multifacetada	Muito eficaz

Fonte: Wensing M (2011)

Assim, perante a complexidade da intervenção de enfermagem, e na procura da máxima eficácia o modelo de intervenção, que se assume derivado de ideias construtivistas sobre a aprendizagem (Matthews, 2000), resultou numa proposta pedagógica com o seguinte procedimento: a) Identificação das conceções dos enfermeiros; b) Fundamento conceptual; c) Debate de ideias; d) Treino de competências e e) Avaliação.

a) A identificação das conceções dos enfermeiros

A identificação das conceções dos enfermeiros caracterizou a fase pré-intervenção. Permitiu, a partir das representações que os enfermeiros fazem de família, de enfermagem de família, dos obstáculos e vantagens que o envolvimento da família traz para prática, bem como da perceção e atitude face à abordagem sistémica do cuidado à família, definir os conteúdos programáticos e os objetivos (Anexo III), considerados essenciais à abordagem sistémica do cuidado à família.

b) O fundamento conceptual

A presentação da síntese da melhor evidência - enfermagem do sistema família, avaliação e intervenção na família segundo os referências sistémicos – dada a referência mundialmente reconhecida, foi representada em todas as atividades desenvolvidas com a finalidade de facilitar a transferência de saberes científicos, técnicos e relacionais. Para o efeito recorreu-se à metodologia dos lembretes, terminologia por nós adotada para nomear as sessões de formação em serviço que tinham por finalidade reavivar e tornar consistentes os conhecimentos teóricos sobre a perspetiva sistémica do cuidado à família.

As sessões de formação decorreram com uma periodicidade mensal e uma duração de aproximadamente 90 minutos. Na tentativa de despertar nos enfermeiros novos interesses, sem necessariamente desvincular os interesses preexistentes, desde que compatíveis com os objetivos do programa de intervenção, ajustou-se a sequência dos temas às suas preferências. Julgamos que este cuidado promoveu a assiduidade e o interesse dos formandos às sessões.

Foi disponibilizado um *dossier* com todo o material das sessões para posterior consulta. Os enfermeiros manifestaram satisfação por a informação ficar disponível, embora se tivesse constatado que o *dossier* não foi muito utilizado, durante o período da duração do

estudo. Considera-se contudo, apesar da fraca eficácia para a divulgação do conhecimento, que funcionou como um memorando, em caso de necessidade.

c) O debate de ideias

O debate de ideias entre os participantes marcou as estratégias interativas adotadas.

A crença de que o conhecimento é construído pelo sujeito e não algo que possa receber passivamente do meio, levou-nos a apostar em metodologias dinâmicas como o debate, o *role playing* e o *focus group* entre outras.

As sessões de debate, promovidas no final dos contactos com as famílias, permitiram a reflexão crítica dos comportamentos favorecedores de uma abordagem sistémica do cuidado á família. As *perguntas de intervenção*, metodologia frequentemente utilizada com as famílias para provocar a mudança (Wright & Leahey, 2009), aplicadas aos enfermeiros provocou resultados efetivos. Os enfermeiros, a partir de um comportamento identificado na relação com a família, refletiram na solução para a sua adequação ou no efeito que teve para o funcionamento da família.

A estratégia, atrás referida, foi implementada ao terminar a consulta com a família, onde o investigador também esteve presente. O enfermeiro foi convidado a identificar um dos comportamento realizados, compatível com a abordagem sistémica do cuidado à família (*pergunta direta*) e, seguidamente a explicar de que modo, esse comportamento poderia, ou não, ser ajustado à situação (*pergunta circular*), ou ainda, de que modo o comportamento tinha afetado o cliente/família.

Acredita-se que esta estratégia aplicada a nível individual possa ter tido mais impacto que a própria sessão de formação. Apenas programadas para terem lugar desde o início até meio do estudo, por solicitação dos enfermeiros continuaram durante todo o período que durou a intervenção.

O *role playing*, constituiu uma forma de treino de competências muito apreciado pelos enfermeiros, como demonstra alguns dos testemunhos, "…eu achei que foi muito importante treinar, a maneira de guiar a entrevista com o cliente." (E14), e "primeiro começar assim com a simulação, ter em conta as competências, quando formos ganhando à vontade então passar mesmo para a consulta com o próprio utente" (E17).

Por fim o *focus group*, em que a equipa assumiu uma postura co-responsável pelo processo de mudança, foi útil para identificar os aspectos positivos atingidos e fragilidades a melhorar.

d) O treino de competências

O treino de competências, cognitivas, relacionais e instrumentais foi o pretexto da observação da consulta de enfermagem com a família. Contribuiu para o treino destas, a reflexão crítica sobre os comportamentos desenvolvidos ao longo da consulta de enfermagem com a família.

O guião elaborado com os comportamentos esperados em cada uma das etapas da consulta (Duhamel & Dupuis, 2011; Wright & Leahey, 2009) orientou a observação do investigador, e simultaneamente foi utilizado para discutir a prática desenvolvida (Anexo IV).

Constituindo-se uma intervenção multifacetada e contextualizada em cenários reais, gerou momentos de intensa interação pedagógica.

e) Avaliação

Esta etapa marca o fim do trabalho de campo e com ela a colheita de dados que nos permitiu avaliar o impacto da formação na atitude e comportamento do enfermeiro face à abordagem sistémica do cuidado à família.

A intervenção educativa em termos de aceitação foi positiva e na opinião dos participantes deveria ser aplicada em outros contextos para facilitar a abordagem sistémica do cuidado à família.

Apresentaremos a discussão deste tópico no capítulo IV.

2.3 VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS

De acordo com os objetivos estabelecidos, foram selecionados instrumentos que englobaram variáveis essenciais à sua concretização e que passamos a descriminar:

a) Enfermagem de família um novo paradigma do cuidar

Trata-se de um questionário destinado aos enfermeiros participantes no estudo e será aplicado no momento anterior à intervenção e posteriormente à mesma.

Tem como principal objetivo conhecer a caracterização dos participantes e a sua atitude face ao trabalho com as famílias.

A identificação com um login permitiu a cada participante conhecer a sua atitude no trabalho com as famílias antes e após a intervenção e ao investigador emparelhar a amostra para posterior análise.

É composto por 14 questões principais, 7 questões de caracterização, que incluem as variáveis biográficas, 2 questões que apelam à representação social do conceito de enfermagem de família e 5 que focam a prática de enfermagem de família. Nestas últimas englobou-se a escala **Family Nursing Practice Scale** de Simpson e Tarrant (2006), traduzida e validade por Queiroz et al (2007).

As variáveis em estudo foram operacionalizadas do modo que seguidamente descrevemos.

O primeiro grupo de variáveis (Quadro 3), assumidas como biográficas, descreve os participantes no estudo, nomeadamente o seu perfil profissional. Pela revisão de literatura efetuada, prevemos que algumas destas variáveis, nomeadamente a categoria profissional e o tempo de profissão se comportem como variáveis de exposição (Pina, 2005) face ao objeto de estudo "Impacto da intervenção educativa sobre a abordagem sistémica do cuidar da família no desempenho profissional do enfermeiro".

Quadro 3 - Operacionalização das variáveis biográficas.

Variável	Critério / Item	Operacionalização
Idade	Anos	Frequência absoluta e relativa, Média, SD; Mediana; Máximo e Mínimo
Sexo	Feminino; Masculino	Frequência absoluta e relativa
Estado civil	Solteiro, casado/união de facto, divorciado, viúvo	Frequência absoluta e relativa
Habilitação académica	Bacharel, Licenciado, Mestre, Doutor	Frequência absoluta e relativa
Categoria Profissional	Enfermeiro, enfermeiro graduado, especialista	Frequência absoluta e relativa
Local de trabalho	Centro de Saúde, Hospital, Clínica, Lar, outro	Frequência absoluta e relativa
Tempo de profissão	Anos	Frequência absoluta e relativa, Média, SD; Mediana; Máximo e Mínimo

O segundo grupo de variáreis, (Quadro 4), associado à cultura e aos valores que os enfermeiros integram, do conceito de enfermagem de família, são assumidas como variáveis explicativas da atitude dos mesmos no trabalho com as famílias.

Quadro 4 - Operacionalização das variáveis explicativas.

Variável	Critério / Item	Operacionalização
Representação Social de enfermagem de família	Três palavras definidoras	Análise de conteúdo
Normas explícitas no local de trabalho para o trabalho com as famílias	Família como recurso de si mesma; família como recurso dos seus membros, não é necessário envolver a família, família parceira no cuidado	Frequência absoluta e relativa; análise não paramétrica, comparação de grupos.

Finalmente para avaliar perceção da prática de enfermagem de família (Quadro 5), recorremos a variáveis de resultado, tais como a atitude face ao trabalho com as famílias, mais especificamente a perceção crítica da prática e a relação enfermeiro família, dimensões da escala atrás referida, bem como a variáveis resposta que apelam à memória passada dos participantes.

Quadro 5 - Operacionalização da variáveis resultado.

Variável	Critério / Item	Operacionalização
Prática de Enfermagem de Família	**Family Nursing Practice Scale (**Simpson & Tarrant, 2006): Atitude do enfermeiro no trabalho com as famílias; Perceção crítica da prática; Relação enfermeiro -família	Frequência absoluta e relativa, Média, SD; Mediana; Máximo e Mínimo
Intervenções de enfermagem	Três exemplos de intervenções com a família?	Análise de conteúdo
Resultados de enfermagem	Três exemplos de resultados de enfermagem?	Análise de conteúdo
Perceção de autoeficácia	1.Alta; 2.Média alta; 3.Média, 4.Média baixa e 5.Baixa	Frequência absoluta e relativa
Condições do local de trabalho	1.Sempre; 2.Muitas vezes; 3.Ás vezes, 4.Poucas vezes e 5.Nunca	Frequência absoluta e relativa

Elaborou-se assim um questionário com um tempo médio de preenchimento de 20 minutos.

b) Entrevistas semiestruturadas

Com o objetivo de determinar quais as crenças que orientam os enfermeiros no seu trabalho com as famílias, bem como a perceção que as famílias têm da intervenção dos enfermeiros, antes e após a intervenção do programa educacional, optou-se por entrevistas individuais aos enfermeiros participantes e às famílias envolvidas no estudo.

As entrevistas aos enfermeiros, realizadas no local da prática, mas em contexto privado, foram orientadas pelas seguintes questões:

- ✓ Qual a sua expectativa no trabalho com as famílias?
- ✓ De que modo visualiza a prática da Enfermagem de Família no seu local de trabalho?

Atendendo à relação enfermeiro – família naturalmente desenvolvida no contexto de uma abordagem sistémica do cuidado da família, procurou-se conhecer a perceção que a família tem deste modo de cuidar. Para o efeito, as entrevistas às famílias, com doença crónica num dos seus membros e que foram alvo da intervenção dos enfermeiros, antes e após o programa educacional, foram orientadas pela pergunta:

- ✓ De que modo define o cuidado de enfermagem à sua família?

Os registos áudio deram suporte à transcrição das entrevistas para formato Word.

A análise da perceção que a família tem da abordagem sistémica do cuidado (intervenção sistémica do enfermeiro), suportou-se nas competências e habilidades preconizados por Wright e Leahey (2009) para o modelo de avaliação e intervenção na família de Calgary.

d) Observação participativa

No sentido de analisar o impacto da intervenção educativa sobre a abordagem sistémica do cuidado à família nos enfermeiros, mais especificamente no seu desempenho profissional, teve-se em linha de conta, no contexto da consulta de enfermagem, a observação do desempenho profissional dos enfermeiros.

Quando nos referimos em específico a observação participativa, por um lado estamos crentes que este meio pode levar-nos a uma maior compreensão da maneira de agir e pensar o trabalho com as famílias, pois o processo de colheita de dados ocorre no ambiente natural onde decorre o fenómeno em estudo, (Serva & Júnior, 1995). Por outro a dimensão do grupo em observação, o papel do investigador – facilitar a abordagem

sistémica do cuidado à família - conhecido dos participantes e a crença de que qualquer observação da realidade é sempre uma observação participativa fez-nos reconhecer como o instrumento de pesquisa mais adequado aos objetivos propostos.

Todavia, pelas suas próprias características, a observação participante apresenta os riscos, do investigador resvalar para a subjetividade, devido ao seu envolvimento pessoal com a unidade de observação e a possibilidade da sua presença perturbar o normal decurso da interação. No sentido de minimizar estes riscos foi elaborado o guião de observação e a presença na consulta aconteceu por calendarização prévia.

Os comportamentos esperados ao longo da consulta baseiam-se nos fundamentos teóricos que enformam o modelo de avaliação e intervenção na família de Calgary (Wright & Leahey, 2009), e expressam as posturas fundamentais a uma abordagem sistémica do cuidado à família. Assumiu-se que os comportamentos identificados como necessários pelo enfermeiro na consulta de enfermagem com as famílias refletem a orientação teórica e a preferência particular de cada um no modo de abordar e intervir com as famílias.

Para a operacionalização desta variável (Quadro 6,Quadro *7*,Quadro 8 eQuadro 9), considerou-se as recomendações apresentadas por Wright e Leahey (2009) aquando da entrevista com as famílias, bem como o preconizado por Duhamel, Dupuis e Girard (2010) para o centro de excelência em enfermagem de família, da Universidade de Montreal. Os comportamentos observados são assinalados numa escala de não satisfaz (1) a satisfaz plenamente (4).

Na primeira etapa da consulta – **Contacto** – espera-se do enfermeiro uma postura de neutralidade e curiosidade (Quadro 6). O profissional demonstra comportamentos que proporcionam o estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica, estabelece uma estrutura e objetivo para a consulta de enfermagem e mostra-se afável e compreensivo. Atendendo que a consulta poderá decorrer em diferentes ambientes, centro de saúde ou no domicílio, há que revelar preocupação também com o ambiente e o acolhimento da família

(Wright & Leahey, 2009). É assim uma etapa onde é fundamental o enfermeiro demonstrar a sua presença efetiva, confiança e disponibilidade para os assuntos da família.

Quadro 6 – Comportamentos dos enfermeiros que têm em conta um pensamento sistémico ao longo da primeira etapa da consulta.

Variável	Critério / Item	Operacionalização			
Consulta – Etapa A – Contacto	1 – Cumprimenta o cliente/família	1	2	3	4
	2 – Demonstra compreensão	1	2	3	4
	3 – Evidencia competência/conhecimento	1	2	3	4
	4 – É afável	1	2	3	4
	5 – Tem uma abordagem confiante e ativa	1	2	3	4
	6 – Dá oportunidade do cliente/família expressar as suas expectativas quanto aos cuidados de enfermagem	1	2	3	4
	7 – Estabelece alianças com todos os membros da família (é neutro)	1	2	3	4
	8 – Faz perguntas intencionais que estimulem os dados de avaliação familiar (é curioso)	1	2	3	4
	9 – Constrói com o cliente um genograma ou ecomapa	1	2	3	4
	10 – Reconhece a importância de todos os membros da família, estando presentes ou ausentes	1	2	3	4
	11 – Proporciona uma estrutura para a consulta	1	2	3	4

Na avaliação (Quadro 7), segunda etapa da consulta, para a identificação de problemas e forças da família é expectável uma postura que enfatize a solução da família para o problema identificado, e deixe a mensagem que o enfermeiro é um mero facilitador da mudança. Facilita a bordagem da família nesta etapa a crença de que a família não é o problema é está influenciada pelo problema. Concordamos com Wright e Leahey (2009), de que as famílias não são disfuncionais, elas funcionam com um problema e o objetivo do enfermeiro nesta fase é identificar como funcionam as famílias e naturalmente qual o problema.

Na terceira etapa, denominada intervenção, a existência de planos co-elaborados com a família e personalizados para cada situação fazem antever uma postura de ajuda à família para encontrar a sua própria solução.

Quadro 7 – Comportamentos dos enfermeiros que têm em conta um pensamento sistémico ao longo da segunda etapa da consulta.

Variável	Critério / Item	Operacionalização			
Consulta – Etapa B – Avaliação	12 – Cria oportunidades para a conversa (Faz perguntas circulares)	1	2	3	4
	13 – Gera contextos de mudança	1	2	3	4
	14 – Atende à perceção que o cliente/família tem do problema	1	2	3	4
	15 – Identifica as forças/potencialidades do cliente/família	1	2	3	4
	16 – Co-define o problema com o cliente/família	1	2	3	4
	17 – Atende ao padrão relacional / funcionamento familiar	1	2	3	4
	18 – Questiona e interação familiar e o problema de saúde	1	2	3	4

Quadro 8 – Comportamentos dos enfermeiros que têm em conta um pensamento sistémico ao longo da terceira etapa da consulta.

Variável	Critério / Item	Operacionalização			
Consulta - Etapa C – Intervenção	19 – Estabelece com o cliente/família um plano de intervenção	1	2	3	4
	20 – Explora a solução/ as soluções com a família	1	2	3	4
	21 – Co-constrói realidades de dissolução do problema	1	2	3	4
	22 – Co – responsabiliza o cliente/família pelos êxitos	1	2	3	4
	23 – Cria redes de suporte	1	2	3	4
	24 – Atende às crenças do cliente/família	1	2	3	4
	25 – Enfatiza novos comportamentos, em vez de solicitar interrupção de comportamentos	1	2	3	4
	26 – Prescreve tarefas e dá a oportunidade de não a cumprirem	1	2	3	4
	27 – Aumenta a competência do cliente/família	1	2	3	4
	28 – Monitoriza o estado de saúde do cliente/família	1	2	3	4
	29 – Incentiva a cooperação do cliente/família	1	2	3	4

Na última etapa, também chamada de conclusão ou finalização do contacto, o foco será a realidade co-construída, passando a noção de que a realidade depende do modo como a vemos.

Quadro 9 - Comportamentos dos enfermeiros que têm em conta um pensamento sistémico ao finalizar a consulta, quarta e última etapa.

Variável	Critério / Item	Operacionalização			
Consulta - Etapa D – Conclusão	30 – Tem boas maneiras	1	2	3	4
	31 – Elogia as forças/recursos do cliente/família	1	2	3	4
	32 – Avalia a utilidade da entrevista	1	2	3	4

Ao longo da consulta o observador assinala os comportamentos observados. No final da consulta o enfermeiro faz uma autoavaliação do seu desempenho, identificando os comportamentos presentes, reveladores de uma abordagem sistémica do cuidado à família, e os comportamentos a desenvolver.

O guião de observação da relação enfermeiro – família (Anexo IV), resultou da clarificação teórica do constructo "Abordagem sistémica ao cuidado da família", e foi sujeito à discussão com peritos aquando da experiência de observação no Centro de excelência à enfermagem de família acima mencionado.

e) Family Nursing Practice Scale

Finalmente avaliar a influência da intervenção educacional, abordagem sistémica do cuidado à família, na atitude dos enfermeiros, levou-nos a medir a atitude dos enfermeiros antes e após a intervenção educacional. Para o efeito a escala de Simpson e Tarrant (2006) mostrou-se adequada. Segundo as autoras trata-se de um auto questionário desenvolvido para avaliar mudanças na prática de enfermagem de família. O instrumento foi concebido para aplicação pré-teste e pós-teste, para medir a atitude dos enfermeiros no seu trabalho

com as famílias, nas dimensões perceção crítica da prática e reciprocidade da relação enfermeiro-família (Simpson & Tarrant, 2006, p.423).

O instrumento (Anexo V) é construído por 10 itens avaliados com uma escala de *Likert* de 5 pontos (1=alto; 5=baixo) e 3 questões abertas. A subescala denominada *Avaliação da Prática* (AP), inclui 5 itens (1 a 5) que representam a perceção crítica que os enfermeiros têm da sua prática de enfermagem de família. A subescala denominada *Relação Enfermeira-Família* (REF), inclui 5 itens (6 a 10) que representam a avaliação que os enfermeiros fazem da sua relação com a enfermagem de família. As questões abertas foram designadas para avaliar o impacto da intervenção de enfermagem na prática da Enfermagem de Família.

A tradução da escala FNPS da versão em Inglês (Simpson & Tarrant, 2006) para Português (Queiroz et al, 2007) apresentou equivalência conceptual e semântica, mantendo o mesmo formato e instruções de preenchimento. Num estudo preparatório, com 41 participantes (Santos, M. L., 2009) a análise da FNPS, revelou um *Alpha de Cronbach* de 0,90 o que é indicador de boa consistência interna e é comparável ao encontrado pelos autores, 0,84.

2.4 CONTEXTO E PARTICIPANTES

Na Região Autónoma da Madeira, os centros de saúde integram, em complementaridade com os hospitais, a unidade de prestação de cuidados de saúde aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais, articulada pelo SESARAM, E.P.E.

Os cinquenta centros de saúde estão agrupados em 4 zonas e cobrem toda a ilha da Madeira e Porto Santo (*Figura 15*).

Figura 15 – Centros de Saúde da RAM (www.sesaram.pt).

A seleção do Centro de Saúde onde se desenvolveu a investigação teve em consideração, o interesse da direção de enfermagem da região em proporcionar uma experiência de formação à equipe de enfermagem, daquela organização de cuidados, que aspirava uma prática de enfermagem centrada na família, bem como a localização no conselho do Funchal, pela melhor acessibilidade do investigador.

Integrado no agrupamento do Conselho do Funchal, o centro de saúde atualmente conta com uma população de aproximadamente 8000 clientes inscritos, e disponibiliza os seguintes recursos: consultas de Medicina Familiar; Planeamento Familiar; Saúde infantil; Saúde juvenil; Saúde escolar; Saúde do adulto; Saúde do idoso, Saúde materna; Saúde mental, Consultas de enfermagem; Vacinação; Tratamentos; colheitas de especímenes para análise, Saúde Comunitária; Visitas Domiciliárias; Preparação Pré-parto; Recuperação Pós-parto; Consultas de Nutrição, Psicologia e Apoio Social.

Os clientes inscritos nesta unidade de saúde são assistidos por equipas de saúde familiar constituídas por 1 médico e 2 enfermeiros. No total existem 3 equipas organizadas em função dos inscritos no médico de família, e uma geral, para os casos dos clientes que não têm médico de família ou em situação aguda não programada. O movimento diário é de aproximadamente 70 atendimentos.

As consultas de enfermagem, geridas através de um portal eletrónico, são disponibilizadas de 2ª a 6ª das 9:00 às 19:00 e aos sábados das 9:00 às 13:00. O tempo programado para cada consulta é de 20 minutos.

Os enfermeiros, organizados em quatro equipas de saúde, são distribuídos um no turno da Manhã (das 8:00 às 15:00 Horas) e outro no turno da Tarde (das 13:00 às 20:00 Horas). Para além da equipa fixa de atendimento, A, B ou C, os enfermeiros rodam por uma equipa de recurso (geral) que atende todos os clientes não programados, como por exemplo situações graves inesperadas, ou com atendimentos agendados no sábado (Quadro 10). Os serviços especializados de enfermagem são disponibilizados fundamentalmente nos turnos da manhã.

Quadro 10 - Agenda de enfermagem disponibilizada no Centro de Saúde.

Profissionais disponíveis		**Turnos**	**2ªfeira**	**3ªfeira**	**4ªfeira**	**5ªfeira**	**6ªfeira**	**Sábado**
Equipa A	●	**M**	✓		✓	✓	✓	
	●	**T**	✓		✓	✓	✓	
Equipa B	●	**M**	✓		✓	✓	✓	
	●	**T**	✓		✓	✓	✓	
Equipa C	●	**M**	✓		✓	✓	✓	
	●	**T**	✓		✓	✓	✓	
Equipa Recurso	●	**M**	✓		✓	✓	✓	✓
Enfermagem de Reabilitação	●	**M**	✓		✓	✓	✓	
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	●	**M**	✓					
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria	●	**M**	✓		✓	✓	✓	
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	●	**M**	✓		✓	✓	✓	

A equipa é chefiada por uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde comunitária que está no Centro de Saúde de 2ª a 6ªfeira no turno da manhã.

Os registos de todas as consultas de enfermagem são efetuados via eletrónica com recurso à terminologia CIPE através da aplicação informática REDENF (Registos eletrónicos de enfermagem).

Como participantes nesta investigação (Figura 16) contamos com o total dos **enfermeiros da prática dos cuidados** do Centro de Saúde, sete enfermeiros dos cuidados gerais e quatro enfermeiros especialistas, e dez **famílias**, uma família com vivência de doença crónica num dos seus membros, alvo dos cuidados de enfermagem por cada enfermeiro e o próprio **investigador**.

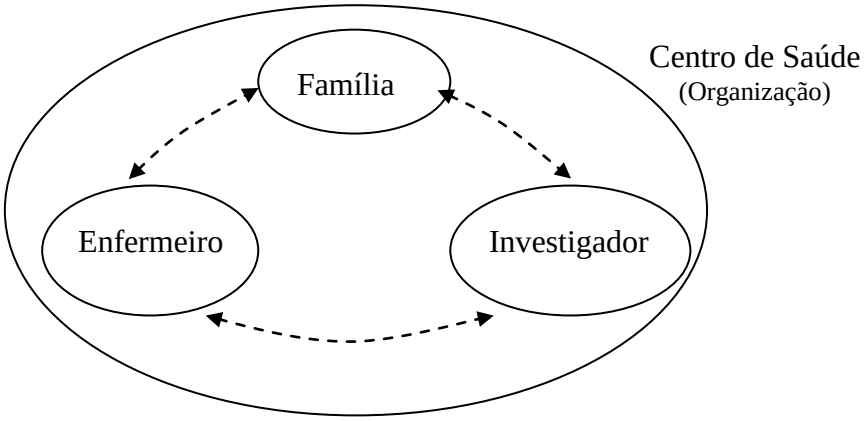


Figura 16 - Participantes na Investigação.

Como <u>critérios da exclusão</u> da amostra considerou-se, no que concerne aos enfermeiros, a recusa em participar no estudo ou a mudança de local de trabalho durante o tempo da investigação, por outro lado, e em relação às famílias a vontade expressa de não querer participar ou de querer desistir do estudo. Registou-se a exclusão de um enfermeiro da prática clínica por motivo de mudança de local de trabalho. O enfermeiro chefe naturalmente não participou do estudo, por não integrar a prática de cuidados à família.

2.4.1 Caracterização dos participantes.

Participaram no estudo 10, dos 12 enfermeiros que compõem a equipe de enfermagem. Como principais características da amostra (Tabela 2 e Tabela *3*) temos que maioritariamente são do sexo feminino (80,0%;), casadas/união de facto (50,0%) e licenciadas em enfermagem (100,0%).

Tabela 2 - Características populacionais.

Variável		n	%
Género	Feminino	8	80,0
	Masculino	2	20,0
Estado Civil	Solteiro	3	30,0
	Casado/União de facto	5	50,0
	Divorciado	2	20,0
Categoria profissional	Enfermeiro	5	50.0
	Enfermeiro graduado	2	20,0
	Especialista	3	30,0

Na Tabela 3 podemos constatar que a maioria dos participantes (50,0%) tem idade igual ou inferior a 30 anos. A estatística descritiva revela que os enfermeiros apresentam idades compreendidas entre os 24 e os 43 anos e que média da idade é de 33,8 anos com um DP de ±7,84 anos. O tempo de profissão (Tabela 3) máximo observado foi de 22 anos e o mínimo de 1 ano. A mediana indica-nos que 50 % dos enfermeiros inquiridos apresenta tempo de profissão maior ou igual a 11,0 anos.

Tabela 3 - Distribuição da população de acordo com a idade e o tempo profissional.

Variável		n	%
Idade	21-30	5	50,0
	31-40	2	20,0
	41-50	3	30,0
Tempo de Profissão	01 - 10	5	50,0
	11 - 20	4	40,0
	21 - 25	1	10,0

As famílias que fazem parte do estudo têm um elemento com doença crónicas no seu seio. As experiências de doença (Tabela 4), associadas à Hipertensão (3; 30,0 %), logo seguida da Depressão (2 20,0%) são as que predominam no grupo de famílias participantes.

Tabela 4 - Distribuição das famílias participantes no estudo segundo a doença crónica do seu membro.

Variável		n	%
Experiência de doença	Hipertensão	3	30,0
	Depressão	2	20,0
	Cancro	1	10,0
	Asma	1	10,0
	Ferida Crónica	1	10,0
	Alzheimer	1	10,0
	Miastenia *Gravis*	1	10,0
Total		10	100,0

No que diz respeito às características sociodemográficas (Tabela 5), a maioria das famílias (6; 60%) é composta por três elementos e maioritariamente o membro doente é o pai ou a mãe (7; 70,0 %), pertencentes a uma classe social média (5; 50,0%). Quanto à fase do ciclo vital, as famílias maioritariamente encontram-se na fase família com filhos adultos (4, 40%).

Tabela 5 - Distribuição das famílias participantes pelas características sociodemográficas.

Variável		n	%
Dimensão familiar	2 Pessoas	2	20,0
	3Pessoas	6	60,0
	4 Pessoas	2	20,0
Grau de parentesco	Pai/mãe	7	70,0
	Esposo/esposa	1	10,0
	Outros	2	20,0
Classe social	Classe III (Média)	5	50,0
	Classe IV (Baixa)	3	30,0
	Classe V (Muito baixa)	2	20,0
Ciclo de vida da família	Casal sem filhos	1	10,0
	Filhos pequenos	1	10,0
	Filhos adolescentes	2	20,0
	Filhos adultos	4	40,0
	Ninho vazio	2	20,0

No que diz respeito à idade dos elementos doentes na família constata-se uma variação entre os 26 e os 87 anos, e 50,0 % têm idade igual ou superior a 58 anos.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Considerando o interesse que o SESARAM, EPE, e particularmente a direção de enfermagem tem pela melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos nomeadamente às famílias, assumimos que os achados da presente investigação poderiam influenciar os modelos da prática e dar contributos para a consolidação do conhecimento sobre metodologias de intervenção com as famílias.

O processo de recolha de dados, e consequente análise, decorreu da forma que seguidamente descrevemos.

3.1 RECOLHA DE DADOS

O primeiro contacto com o centro de saúde, onde se desenvolveu o estudo, ocorreu em Março de 2010, e teve como finalidade apresentar o projeto à equipa de enfermagem e obter o consentimento dos enfermeiros participantes.

Cumpridos os requisitos de ordem formal e ética para com a instituição, o processo de recolha de dados decorreu durante 1 ano, de acordo com o plano de investigação anteriormente referido, salientando-se três momentos fundamentais: O momento de avaliação diagnóstica, o correspondente ao pré-teste (T_0); a intervenção (I) que através de um programa educacional, acompanhou a prática clínica dos enfermeiros no seu trabalho com as famílias; e o momento de avaliação final ou pós-teste (T_1). No decurso destes, recorreu-se a duas técnicas de recolha de dados, nomeadamente a entrevista semiestrutura e a observação participativa.

3.1.1 Entrevista semiestruturada.

Os enfermeiros foram contactados pessoalmente para agendar uma entrevista inicial. Este momento decorreu em ambiente privado e teve uma duração média de vinte minutos. O registo de dados fez-se por gravação áudio.

Os enfermeiros foram ainda convidados a preencher um questionário (Anexo V), que depois deveria ser colocado numa urna especialmente efetuada para a recolha, situada na sala de reuniões, e simultaneamente biblioteca, do centro. Este procedimento de recolha pareceu-nos o mais indicado para garantir o anonimato em pequenos grupos. Por outro lado, o recurso a um login, secretamente escolhido pelos participantes, possibilitaria uma posterior comparação dos resultados.

Utilizou-se ainda a entrevista para colher dados junto das famílias, que participaram no estudo. Contactadas por intermédio do enfermeiro, estas entrevistas decorreram em ambiente privado antes da consulta de enfermagem. Tiveram uma duração média de 15 minutos e recorreu-se ao uso de gravador.

Considerando o recurso a esta técnica no início e no fim do estudo, contabilizou-se um total de 20 entrevistas aos enfermeiros e 20 entrevistas a famílias. Obtiveram-se deste modo 40 fontes de dados.

3.1.2 Observação participativa

Optou-se por uma técnica discreta que envolveu a presença do investigador observando comportamentos, ações e interações de modo a compreender os significados construídos no ambiente (Grbich, 2007), e assim conferir-se significado às experiências de enfermagem de família do quotidiano e simultaneamente tornar mais explicita essa prática (Savage, 2005).

A observação participativa, aconteceu em diversos momentos da prática clínica dos enfermeiros, durante dois dias por semana, no período de Março de 2010 a Fevereiro de 2011.

Os momentos cruciais de registo de notas ocorreram nas consultas de enfermagem à família, disponibilizadas no centro de saúde ou no domicílio. Após a observação foi realizada uma reflexão crítica que permitiu aceder à interpretação do enfermeiro sobre o que aconteceu na interação enfermeiro – família.

No sentido de uma melhor explicitação deste procedimento de colheita de dados, resultante da observação participativa, passa-se a apresentar o agendamento mensal (Quadro *11*) tipo:

Quadro 11 - Agendamento mensal de atividades de observação no centro de saúde.

Dias / Semanas	3ª feira	4ª feira
1ª	9:00 – 13:00 Consultas de enfermagem no domicílio 14:00 – 15:00 Discussão de casos (Equipa A)	09:00 – 11:00 Consultas de enfermagem (Equipa A) 11:00 – 13:00 Consultas de enfermagem (Equipa B) 14:00 – 16:00 Consultas de enfermagem (Equipa C)
2ª	9:00 – 13:00 Consultas de enfermagem no domicílio 14:00 – 15:00 Discussão de casos (Equipa B)	09:00 – 11:00 Consultas de enfermagem (Equipa A) 11:00 – 13:00 Consultas de enfermagem (Equipa B) 14:00 – 16:00 Consultas de enfermagem (Equipa C)
3ª	9:00 – 13:00 Consultas de enfermagem no domicílio 14:00 – 15:00 Discussão de casos (Equipa C)	09:00 – 11:00 Consultas de enfermagem (Equipa A) 11:00 – 13:00 Consultas de enfermagem (Equipa B) 14:00 – 16:00 Consultas de enfermagem (Equipa C)
4ª	13:00 – 13:30- Sessão de educação (Equipa A, B e C) **Nota$_1$**: Foi permitida a presença de alunos estagiários nas sessões de educação **Nota$_2$**: Ao fim de aproximadamente 6 meses de trabalho de campo, a sessão de educação foi substituída por um *focus group*	09:00 – 11:00 Consultas de enfermagem (Equipa A) 11:00 – 13:00 Consultas de enfermagem (Equipa B) 14:00 – 16:00 Consultas de enfermagem (Equipa C)

Durante o trabalho de campo, houve necessidade de alterar esporadicamente a calendarização da observação participante de acordo com necessidades do serviço ou do investigador. Procurou-se um acompanhamento de proximidade dos enfermeiros, pelo que flexibilizamos o contacto de acordo com a sua decisão. Por exemplo, no horário em que estávamos disponíveis para observar as consultas de enfermagem, era negociado com os enfermeiros a seleção das consultas a observar.

Em suma, e atendendo à média de 12 episódios de observação por mês obtiveram-se 120 fontes de dados, resultantes da observação participativa.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise do fenómeno em estudo utilizaram-se métodos quantitativos e qualitativos. Os procedimentos de tratamento e análise de dados aplicados tiveram em consideração o tipo de variáveis em estudo bem como a informação que fornecem de modo a alcançar uma adequada exploração dos dados.

Para a análise estatística, descritiva e inferencial, recorreu-se ao programa estatístico *Package Analyses Software* **(**PASW), versão 18.

Para a caracterização dos participantes teve particular importância a medida de tendência central mediana (Me) e as frequências absolutas (n) e relativa (%), dado a distribuição não apresentar uma distribuição normal.

O tratamento e análise da escala *Family nursing practice scale*, (Simpson &Tarrant, 2006) seguiu o procedimento indicado pelas autoras. A estatística descritiva, através da média ($\bar{x}$) e do desvio padrão (s) permite-nos avaliar a atitude dos enfermeiros face à prática de enfermagem de família. Como cada item é avaliado de 1 (atitude mais favorável) a 5 (pior atitude), a atitude mais favorável corresponde a médias mais próximas de 1. A exploração dos dados da escala, permite-nos avaliar na subescala avaliação da prática (AP),

a perceção crítica da prática de enfermagem de família (itens 1 a 5) e na subescala relação enfermeiro -família (REF), a perceção que os enfermeiros têm dessa relação (itens 6 a 10).

As três questões abertas foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2008), assim como a informação proveniente das entrevistas, do *focus group* e dos blocos de notas. A diversidade de critérios levou-nos em algumas situações a procedimentos exploratórios ou indutivos em que o sistema de categorias surgiu *a posteriori* por interpretação das unidades de discurso e noutras a procedimentos dedutivos a partir do quadro teórico ou de critérios pré-definidos foi estabelecido um sistema de categorias *a priori*. A partir das unidades de registos, atendeu-se às unidades de enumeração, as frequências das unidades de registo, possibilitando a análise das ligações com o referencial teórico, das condições contextuais da produção do discurso e suas manifestações semânticas, e sobre a forma como as mesmas são valorizadas pelo total dos participantes.

Utilizaram-se as técnicas não paramétricas para estudar a correlação e a diferença entre médias entre grupos. Para avaliar a correlação entre as variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* e para as diferenças de médias, o teste de *Mann-Whitney* e o *Kruskall-Wallis* (Maroco, 2007; Pereira, 2005). Para o estudo de amostras emparelhadas recorreu-se ao teste de *Wilcoxon* e o de *Friedman*.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O RIGOR DO ESTUDO

A presente investigação dedicou-se a analisar o impacto da abordagem sistémica do cuidado da família no enfermeiro. Neste âmbito, pretendeu-se saber qual a influência que a intervenção educacional, provoca no comportamento e na atitude profissional dos enfermeiros.

Classificada como estudo *quasi-experimental* simples de séries temporais com um único grupo, exigiu um conjunto de precauções e medidas, que lhe conferem rigor científico, e que passamos a explicar.

Argumentamos a presença de duas das três condições principais que segundo Cook e Campbell (1979) definem este tipo de estudos, a covariância, evidência de que existe uma forte associação entre uma ação e um efeito observado, e a precedência temporal. Considerando a existência do manual de boas práticas para as famílias, há quatro anos no contexto, presume-se que as alterações na prática dos enfermeiros estarão relacionadas com a intervenção educacional introduzida. A precedência temporal está reforçada com o recurso às séries temporais, pré-teste e pós-teste. Segundo Gliner e Morgan (2000) o termo "pré-teste e pós-teste" implica que a mesma medida (ou, talvez, formas alternativas de mesma medida) seja administrada antes e depois de algum programa ou tratamento. Através desta precaução procuramos que a causa presumida (a intervenção educacional) ocorresse antes do efeito presumido, a atitude do enfermeiro face à prática da enfermagem de família.

Temos consciência da limitação em afirmar a ausência de outras explicações alternativas para os resultados alcançados (Cook & Campbell, 1979), bem como da generalização para outros grupos, por um lado atendendo ao fenómeno em estudo, as interações humanas e por outro o número de participantes e a ausência de um grupo de controlo.

Porém, a opção tomada, o recurso à triangulação de dados e de técnicas, quantitativos e qualitativos, procurou minimizar as ameaças à sua validade interna e externa (Gliner & Morgan, 2000).

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De forma a garantir os princípios éticos inerentes ao processo de investigação tivemos em atenção as seguintes considerações.

Antes do trabalho de campo, efetuou-se um pedido de autorização ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, instituição que gere a saúde na região, para desenvolver o projeto nesta instituição. A este apresentou-se o projeto e argumentou-se

sobre a pertinência do estudo em questão, bem como a sua provável influência sobre os modelos da prática de enfermagem de família. A autorização para desenvolver o projeto, a qual integrou o parecer positivo da comissão de ética do SESARAM, EPE, marcou o início do trabalho de campo (Anexo VI).

Considerando a adequação dos princípios éticos e morais relativos à participação de pessoas em estudos de investigação, conforme refere Fortin (2009) atendemos à complexidade dos métodos e contextos.

Num estudo de natureza *quasi-experimental*, a obtenção do consentimento informado dos participantes, requer extrema atenção, quer pelo carácter dinâmico do mesmo - avaliação e intervenção, quer pela duração que normalmente o estudo implica. É importante prever e formalizar a permanência consentida e informada dos participantes durante o período do estudo.

Assegurou-se perante cada participante toda a informação necessária ao seu consentimento informado. O projeto de investigação foi apresentado formalmente a todos os participantes e à chefe da equipa, numa reunião de serviço. Um dossier com o material apresentado, ficou no serviço disponível para consulta. O contacto do investigador foi facultado para eventual esclarecimento de dúvidas ou questões que pudessem surgir sobre o desenvolvimento do estudo.

O acordo de participação foi formalizado (Anexo VII), com a assinatura, no caso específico dos enfermeiros, ou simplesmente com a autorização oral no caso das famílias.

No caso específico das famílias, a informação e os contactos estabelecidos, foram intermediados pelo enfermeiro, responsável pelos cuidados. Ao negociar com as enfermeiras o pedido de autorização à família, para observar a consulta de enfermagem, supôs-se como diz Gerrish (2005), que deste modo as famílias ficariam mais à vontade para aceitar ou não a presença do investigador.

O Investigador durante o 1º contacto estabelecido com os participantes, apresentou-se como enfermeira, interessada em estudar a prática da enfermagem de família e comprometeu-se garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados, bem como respeitar a decisão da sua recusa ou desistência caso essa fosse a sua intenção. Assegurou-se ainda que todo o material usado para colheita ou registos de dados seria destruído no final da Investigação.

Outro aspeto importante nesta investigação foi o respeito pela autonomia dos participantes. Apesar do calendário com o agendamento do interesse em observar as consultas de enfermagem, eles eram livres em considerar a observação oportuna ou não.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a interpretação feita à prática de enfermagem de família quando a abordagem sistémica do cuidado à família, é pretexto para o cuidar. A avaliação da prática de cuidados à família, numa equipa de enfermagem que desde 2006 tem como referenciais de boas práticas do cuidado à família os Modelos de Avaliação e Intervenção familiar de Calgary (Wright & Leahey, 2009), servirá de contexto à reflexão sobre o *Knowledged transfer*, enquanto processo de transferência de saberes da teoria para a prática. A propósito da abordagem sistémica do cuidado à família a aplicação de metodologias de intervenção com os enfermeiros participantes, permitiram identificar algumas das implicações para o ensino, prática e investigação da enfermagem de família. Para o efeito comparam-se e discutem-se os dados antes e após a intervenção formativa - *abordagem sistémica ao cuidado da família: um distinto modo de cuidar.*

1. IMPACTO DA FORMAÇÃO SOBRE A ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA NO ENFERMEIRO

Os resultados e dados que aqui apresentamos dizem respeito à atitude e aos comportamentos demonstrados pelos enfermeiros, num contexto de cuidados primários de saúde, quando sujeitos à implementação de um programa de formação sobre a abordagem sistémica do cuidado da família.

A abordagem sistémica do cuidado à família implica um conjunto de saberes e de crenças que envolvem o próprio conceito de família e enfermagem de família que influenciam as atitudes e resultantes comportamentos realizados na prática clínica, face ao trabalho com as famílias (Duhamel & Dupuis, 2011; Gomes, Gaiva & Oliveira, 2002)

A atitude (Ajzen, 2005), enquanto disposição favorável ou desfavorável face ao trabalho com as famílias, e conceptualizada através das crenças/cognição, afetos/sentimentos e tendência para a ação/comportamento, mostra-se um fator importante (Fishbein & Ajzen, 1975, 2010) para a prática de enfermagem de família.

No sentido de responder aos objetivos a que nos propusemos, recorreu-se ao tratamento dos dados colhidos com diferentes métodos, do modo a alcançar explicações para o fenómeno em estudo.

Na análise dos dados, considerou-se o paradigma sistémico e os referenciais teóricos do MCAF e MCIF (Wright & Leahey, 2009), para a compreensão da tomada de decisão dos enfermeiros no contexto do cuidado à família.

A apresentação dos dados e discussão dos resultados será norteada pelos objetivos específicos definidos:

- ✓ Analisar os elementos das representações dos enfermeiros sobre família e enfermagem de família;

- ✓ Analisar a perceção que os enfermeiros têm da norma implícita no local de trabalho que orienta para a prática de enfermagem de família;
- ✓ Avaliar a atitude do enfermeiro face à abordagem sistémica do cuidado à família;
- ✓ Analisar a perceção dos enfermeiros sobre os obstáculos e as vantagens à prática da enfermagem de família;
- ✓ Analisar as funções profissionais desenvolvidas no trabalho com as famílias;
- ✓ Analisar as intervenções de enfermagem, quando os enfermeiros envolvem a família no cuidar;
- ✓ Analisar os resultados de enfermagem de família sensíveis à intervenção do enfermeiro;
- ✓ Analisar a perceção que os enfermeiros fazem da abordagem sistémica do cuidado à família;
- ✓ Analisar a perceção que a família tem dos cuidados de enfermagem.

Neste enquadramento julgamos pois poder avaliar a incorporação de referenciais sistémicos, que possibilitem a identificação de pressupostos da abordagem sistémica do cuidado à família, nas práticas desenvolvidas pelos enfermeiros.

1.1 REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE FAMÍLIA E ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Os indivíduos e os grupos, enquanto sujeitos sociais, constroem o seu conhecimento a partir da sua dística social, cultural, profissional e espiritual numa estreita interação com o meio que os rodeia.

Conhecer os discursos dos enfermeiros acerca dos conceitos de família e de enfermagem de família, focou-nos nas suas representações sociais. Estas funcionam como "pacotes de discurso" que correspondem a posições do sujeito num determinado contexto, naturalmente definindo-o (Moscovici, 2003).

No que diz respeito à representação que os enfermeiros fazem do que é *família*, da análise dos discursos emergiram quatro categorias que sugerem cognições em torno dos

aspetos centrais caracterizadores do conceito de família, nomeadamente “Organização”, “Interação”, “Função” e posteriormente “Desenvolvimento”, (Quadro 12).

Quadro 12 - Representação do conceito de família.

Categoria	Unidade de registo	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
Organização	“… conjunto de pessoas”	7			
	“ … inclui pessoas significativas ”	6		2	
	“ … quem os membros dizem”	3		3	
	“ Agregado …”	1			
	“…pessoas (…) numa estrutura que se autodefine …”	-		7	
	Subtotal	**17**	**53,1**	**12**	**42,8**
Interação	“… vivem em relação”	7		7	
	“ …comunicam entre si”	6		4	
	“… interdependência ”	-		4	
	Subtotal	**13**	**40,6**	**15**	**53,6**
Função	“… suportam … os seus membros”	1		-	
	“… protegem os seus membros”	1		-	
	Subtotal	**2**	**6,3**	**-**	**-**
Desenvolvimento	“ …evolução ao logo do tempo”	-		1	
	Subtotal			**1**	**3,6**
	Total	**32**	**100,0**	**28**	**100,0**

Antes da intervenção a categoria organização é a que predomina com 17 unidades de enumeração, expressando um peso de 53,1% para a definição do conceito. A categoria interação, com 13 unidade de registo, representa a segunda ideia definidora do conceito de família. Para a maioria dos enfermeiros (7) “família é um conjunto de pessoas que vive em relação” (E01, E04 e E06 a E10) e três dos entrevistados assumem que família é “… quem seus elementos dizem que é” e argumentam que encarar o conceito deste modo “ …facilita a aceitação da família como cliente de cuidados” (E02), e “ … deveria ser uma das crenças de todos os enfermeiros que trabalham com a família” (E05), mesmo que isso “ … algumas vezes contrarie os dados no processo clínico…”, (E03).

Na análise global verifica-se uma aproximação ao conceito de família da ICNP/CIPE® (ICN, 2010), contudo acrescentam a ideia de função, que o atual conceito não contempla. Constatou-se assim que "Organização" e "Interação" são as duas dimensões que predominam na ideia do que é família, indo ao encontro da definição de sistema "conjunto de elementos em constante interação" (von Bertalanffy, 1968, p38), aplicada à família a partir de segunda metade do século XX e defendida pela maioria dos teóricos da atualidade (Wright & Leahey, 2009; Wright & Bell, 2009; Hanson et al, 2005).

Na avaliação pós-teste, em comparação com os dados obtidos no pré-teste, verifica-se uma mudança na representação conceptual que os enfermeiros fazem de família. Mantiveram-se as categorias "Interação" e "Organização" com 15 e 12 unidades de registo respetivamente, mas a categoria "Função" desaparece e emerge a categoria "Desenvolvimento" com 1 unidade de registo. Constata-se uma ideia de família alicerçada principalmente no conceito de *interação* (53,6%). A maioria dos enfermeiros (7), tem a convição que família são as "… pessoas que vivem em relação afetiva" (E01, E04 e E06 a E10).

Salientam-se ainda os discursos que dão expressão à categoria *organização*. Para representar família, sete enfermeiros (70%), evocam o conceito de "… autodefinição…" para definir família (Hanson et al, 2005). Para estes, família é uma estrutura que emerge com uma organização própria.

Se no início do estudo se constatou que a representação que os enfermeiros têm do que é família se enquadra numa perspetiva sistémica, muito embora à custa de uma dimensão mais organizacional ou estruturalista, no momento pós formação, a representação de família suporta-se numa perspetiva sistémica mais de cariz interacionista.

Em síntese, os achados, ou melhor a reflexão sobre os mesmos, permitem compor um enunciado de família, em que o foco é colocado na interação e não isoladamente nas pessoas. Família será uma estrutura que se autodefine com uma ou mais pessoas vivendo em

relação. A ideia de uma estrutura que emerge da interação de uma ou mais pessoas levará os enfermeiros a centrarem-se nas interações e aceitarem por família quem as pessoas disserem que são (Wright & Leahey, 2009). Esta descoberta faz supor que os enfermeiros integram um conceito de família coerente com a abordagem sistémica do cuidado à família.

As representações que os enfermeiros têm da *enfermagem de família* funcionam como um sistema de valores, de noções e de práticas (Moscovici, 1989), relativas ao cuidado da família. Permitem não somente a definição da imagem profissional, mas constituem igualmente um instrumento de orientação, de perceção das situações e de elaboração de respostas no trabalho com as famílias (RCN, 2003).

Relativamente aos elementos evocadas pelos enfermeiros participantes, que fazem recordar o constructo *enfermagem de família*, emergiram várias categorias, interpretadas de acordo com o sentido literal do termo. A falta de sistematização na conceptualização deste constructo pode efetivamente ser uma das razões para a sua fraca visibilidade na prática de cuidados, confirmando a lacuna entre a teoria e a prática, (Duhamel, & Dupuis, 2011; Segaric & Hall, 2005; Wright & Leahey, 2009).

A análise dos dados representados no Quadro 13 permite verificar a existência de cinco categorias, nomeadamente, “Paradigma”, “Crenças”, “Status Profissional”, “Imagem Profissional” e “Saber específico” que emergiram na fase inicial do estudo. Posteriormente, na fase pós-teste, ocorre o desaparecimento das duas categorias menos evocadas e aparece uma nova categoria intitulada, “Alvo”.

Na categoria “Paradigma”, no sentido de ser uma determinada maneira de olhar a realidade (Basto, 1998), agruparam-se as unidades de registo que fazem referência a um modelo de cuidado seguido ou a seguir. Evidenciou-se como categoria mais recordada, em ambos os momentos de avaliação. A análise das respetivas unidades de registo permite-nos verificar que a relação de ajuda insinua-se como conceito definidor do paradigma do cuidar, quando os enfermeiros falam em enfermagem de família, e afirma-se com o maior peso para

a representação do que é enfermagem de família, 34,4% e 40,6% no primeiro e segundo momento respetivamente, do total das unidades de enumeração. O cuidado é lembrado com recurso ao que os enfermeiros fazem, designação conceptual defendida por "um cuidar centrado nas ações dos enfermeiros" (Basto, 2011, Basto & Portilheiro, 2003) em termos de interação (Wright & Leahey, 2009).

A segunda categoria com maior expressão, foi a identificada por "Crenças". Esta designação teve em consideração as unidades de registo que apelam a determinadas formas de pensar/ver a enfermagem de família, que naturalmente a representam. Inicialmente a ideia do todo, da unidade, foi o registo com maior enumeração (3), representando a opinião de 30% dos participantes. Os conceitos contemplados nesta categoria fazem prever a crença na abordagem sistémica da família, por aproximadamente um terço dos participantes. As asserções " todo num só" (E07), "unidade" (E01) e "sistema" (E04 e E06), identificadas nesta análise indiciam representações cognitivas compatíveis com a enfermagem do sistema familiar (Hanson et al, 2005, Wright & Leahey, 2009). Posteriormente, o surgimento do conceito interação no discurso de 5 (50%) enfermeiros veio tornar mais consistente esta asserção.

A categoria, que denominamos de "status profissional", por englobar condições ou posturas profissionais, nas unidades de registo, obteve o terceiro valor mais significativo para a representação do constructo enfermagem de família, 21,9% e 18,8% respetivamente nos dois momentos de avaliação. Segundo a opinião dos enfermeiros participantes, a enfermagem de família lembra-lhes determinadas atributos profissionais como sejam o de "elo de ligação … " (E09; E10), as " …entrevistas com as famílias" (E08), o " … facilitar a resolução da crise familiar" (E05) e o de gestor da saúde da família (E04) entre outros.

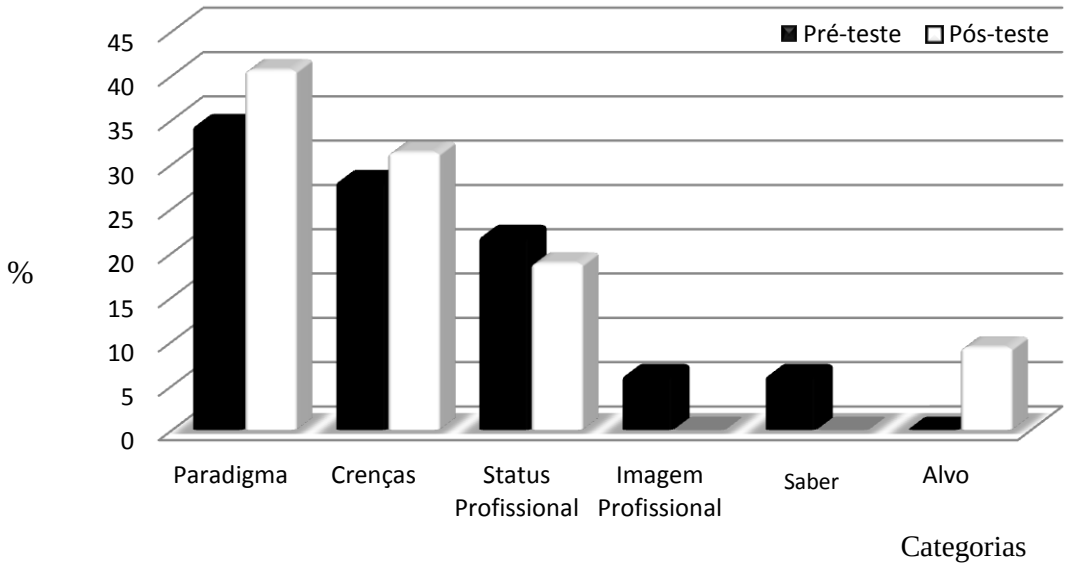
A ideia de "Imagem profissional", com uma representação no total das evocações de 9,4%, e de "Saber", com 6,2%, surgiu no primeiro caso para agregar os termos satisfação profissional e qualidade, referidos por três participantes, e no segundo caso enfermagem que

não se enquadravam nas categorias já identificadas. No primeiro caso a alegação a vivências face ao trabalho com as famílias, recorda-lhes a experiência e no segundo a representação associada ao conceito de ciência, sugere a enfermagem de família como uma área específica de conhecimento.

Da análise do discurso dos enfermeiros pós intervenção, surge uma nova categoria que rotulamos de "Alvo dos cuidados". A categoria agrega as unidades de registo relacionadas com pretextos para a existência da enfermagem de família e como tal dão conteúdo às intervenções de enfermagem.

Pela análise global da representação do constructo enfermagem de família, (Gráfico 1 e Quadro 13) antes e após a experiência de formação, constata-se uma mudança percentual em todas as categorias. Não sendo a diferença de proporções estatisticamente significativa, interessa-nos compreender para quê acontece esta mudança. Acreditamos que a instabilidade nas alegações será um indicador de mudança no significado do constructo, provavelmente estimulado pela formação. Reforçando este pensamento alegamos a explicação do poder persuasor que a formação tem fundamentalmente sobre as crenças levando à mudança de atitudes (Ajzen, 2005).

Gráfico 1 - Categorização do constructo *enfermagem de família* segundo a representação dos participantes.



Quadro 13 - Representação do constructo de enfermagem de família: Categorização e unidades de registo.

Categoria	Unidade de registo	Pré - teste		Pós-teste	
		Nº	%	Nº	%
Cuidar (Paradigma)	Cuidar	3			
	Relação/Vinculação	3		3	
	Comunicação	1		3	
	Empatia	1		2	
	Escuta	1			
	Apoio	1			
	Compreensão	1			
	Proximidade			2	
	Confiança			1	
	Cooperação			1	
	Preocupação			1	
	Subtotal	**11**	**34,4**	**13**	**40,6**
Modo de pensar (Crenças)	Um todo / Todo num só / Unidade	3			
	Sistema	2			
	Global /Globalidade	2		1	
	Coesão	1			
	Complexo	1			
	Interação			5	
	Inclusão da família no processo / inclusão da família			2	
	Abordagem sistémica			2	
	Subtotal	**9**	**28,1**	**10**	**31,3**
Status profissional	Elo de ligação/Ligação	2		1	
	Entrevistas	1		1	
	Facilitar a resolução da crise familiar	1			
	Gestão da saúde familiar	1		1	
	Abertura para o exterior	1			
	Atuação face ao problema	1			
	Facilitador de mudanças			1	
	Educação para a saúde			1	
	Disponibilidade do enfermeiro			1	
	Subtotal	**7**	**21,9**	**6**	**18,8**
Imagem profissional	Qualidade	2			
	Satisfação	1			
	Subtotal	**3**	**9,4**	**-**	**-**
Saber	Enfermagem	1			
	Enfermagem holística	1			
	Subtotal	**2**	**6,2**	**-**	**-**
Alvo dos cuidados	Ciclo vital da família			1	
	Planeamento familiar			1	
	Rede familiar			1	
	Subtotal	**-**	**-**	**3**	**9,3**
	Total	**32**	**100,0**	**32**	**100,0**

Acreditamos pois que ajudar os enfermeiros a desenvolver novas maneiras de interagir com as famílias foi uma forma de alterar a realidade formada, reconstruindo-a.

1.2 NORMA SUBJECTIVA QUE ORIENTA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

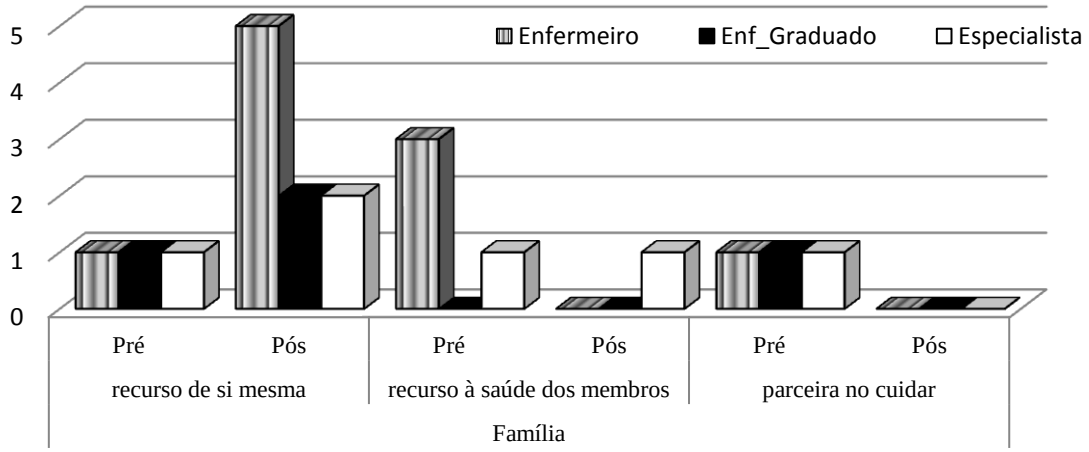
De acordo com Moscovici "as representações, que são partilhadas por tantos, penetram e influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas por eles, melhor, para sermos mais precisos, elas são re-pensadas, re-citadas e re-presentadas", (2003, p.37).

Importa assim perceber o carácter prescritivo das mensagens que refletem o mundo das representações, as normas.

A propósito das normas subentendidas no local da prática, que melhor traduzem a vontade expressa para o trabalho dos enfermeiros com as famílias (Gráfico *2*), inicialmente a maioria dos participantes (40%; 4) perceciona a norma que orienta para os cuidados de enfermagem serem dirigidos a alguns membros da família - <u>família como um recurso à saúde dos elementos doentes</u>. Após a formação a norma percecionada pela maioria dos enfermeiros (9; 90%) foi a que orienta os cuidados de enfermagem para todos os membros da família – <u>família como recurso de si mesma</u>.

A importância associada à família como um todo – <u>família recurso de si mesma</u> - reveladora da crença que quando um dos elementos da família está doente, toda a família sofre e vice-versa (Benzein et al, 2008; Duhamel & Dupuis, 2011; Wright & Bell, 2009) foi percecionada por 30% (3) dos participantes no momento pré-teste.

Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o tipo de norma implícitas no local de trabalho.



Este resultado é, em si mesmo, uma revelação da discrepância entre a teoria e a prática. Num contexto onde a decisão da política de saúde enfatiza as unidades de saúde familiar como unidades de cuidados aos cidadãos e naturalmente à família e os enfermeiros têm como guia para a sua prática de cuidados à família um manual de boas práticas alicerçado no MCAF e MCIF (Wright & Leahey, 2009), os dados vêm demonstrar que a diretriz não é reconhecida por 70% dos enfermeiros da prática dos cuidados, sujeitos neste estudo.

Na avaliação pós-teste, o teste de diferença de proporções revela uma diferença significativa (p = 0,037) nas frequências observadas, na distribuição dos participantes, quanto à perceção da norma de cuidados à família expressa no local da prática, 9 (90%) dos participantes identifica a - <u>família recurso de si mesma</u> – como norma orientadora.

Este resultado alerta para a importância que a formação poderá ter na explicitação das normas implícitas nos contextos clínicos tornando visível a prática da enfermagem.

A nossa questão é, será que se revela na atitude e no comportamento dos enfermeiros na prática?

1.3 ATITUDE DOS ENFERMEIROS FACE À PRÁTICA DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Para avaliar a prática clínica com as famílias, recorreu-se à FNPS de Simpson e Tarrant, (2006).

O questionário permite analisar o conhecimento, a aptidão, a confiança, o à-vontade e a satisfação com o envolvimento da família no cuidado, bem como, o tipo de relação enfermeiros/família estabelecido na prática dos cuidados. Para analisar esta última dimensão considerou-se os itens, planeamento dos cuidados, a promoção da participação da família nos cuidados, bem como o reconhecimento de que os preconceitos e a reciprocidade influenciam a relação terapêutica. A análise global dos dados obtidos permite-nos inferir sobre se a atitude é favorável ou desfavorável à abordagem sistémica do cuidado à família. Os valores da escala situam-se num contínuo de 1 a 5 e têm como ponto médio o 3. As médias iguais ou inferiores a três representam atitudes favoráveis à abordagem sistémica do cuidado à família enquanto as superiores a três indicam atitudes desfavoráveis.

Da análise descritiva global da FNPS infere-se que os participantes ostentam uma atitude favorável face à abordagem sistémico do cuidado à família (Tabela 6). A diferença de médias encontradas, entre o pré-teste e o pós-teste, é estatisticamente significativa ao nível da perceção crítica da prática (Z= -2,536; p = 0,011).

No início do estudo a média das respostas dos itens, da subescala **perceção crítica da prática** de enfermagem de família, foi de 2,72 ± 0,54, portanto situada entre o nível médio e médio alto. O item com a pior média, 3,50 ± 0,85, foi o conhecimento sobre a enfermagem do sistema familiar (Item 3). Pela distribuição de frequências (Gráfico 3 - A), pode-se concluir que 5 dos enfermeiros (50%) situa-se num nível de conhecimento médio/baixo ou baixo e 4 (40%) diz possuir um nível médio de conhecimento sobre a enfermagem do sistema familiar. Relativamente ao momento pós-teste, verificou-se

uma diferença estatisticamente significativa (*Z*= -2,232; *p* = 0,023), denunciando provavelmente o impacto da formação.

Tabela 6 – Estatística descritiva da FNPS.

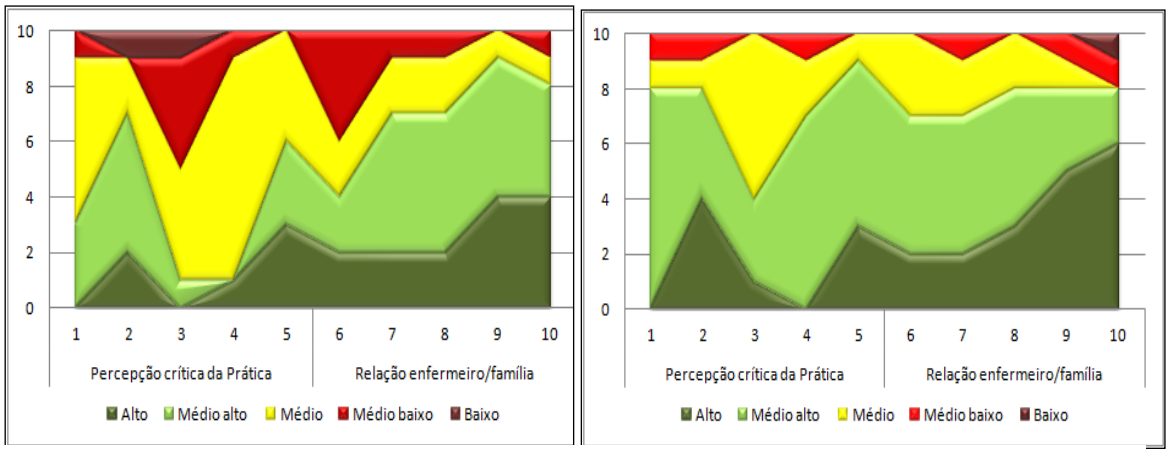
Descritor		Pré-teste		*Pós-teste*		*Z*	*p*
		Média	*DP*	*Média*	*DP*		
Perceção crítica da Prática	O meu nível de confiança no trabalho com famílias é	2,80	0,63	2,30	0,67	- 1,667	0,096
	O meu nível de satisfação com a enfermagem de família é	2,30	1.16	1,90	0,98	-1,633	0,102
	O meu nível de conhecimento sobre Enfermagem do Sistema familiar é	**3,50**	**0,85**	2,50	0,70	-2,232	**0,023**
	A minha aptidão para trabalhar com o sistema familiar é	2,90	0,74	2,40	0,69	-1,508	0,132
	O meu conforto ao envolver a família no planeamento de cuidados é	2,10	0,88	1,80	0,63	- 1,732	0,083
Subtotal (Prática)		**2,72**	**0,54**	**2,18**	**0,56**	**-2,536**	**0,011**
Relação enfermeiro/família	Planeio intervenções de enfermagem em conjunto com o doente e a família	**2,80**	**1,23**	2,10	0,73	-1,732	0,083
	As famílias abordam-me acerca do seu parente doente	2,20	0,92	2,20	0,91	0,000	1,000
	Promovo a participação, a escolha e o controlo do doente/família na satisfação das necessidades de cuidados de saúde	2,20	0,92	1,90	0,73	-0,816	0,414
	O meu envolvimento com as famílias é acima de tudo compensador.	1,70	0,67	1,80	1,03	-0,333	0,739
	Evito a interferência dos meus preconceitos quando recolho, interpreto e comunico dados sobre o doente e família	1,90	0,99	1,90	1,44	0,000	1,000
Subtotal (Relação)		**2,16**	**0,72**	**1,98**	**1,02**	**-0,256**	**0,708**
Total		**2,44**	**0,57**	**2,08**	**0,88**	**-1,832**	**0,067**

Perante os resultados conclui-se que formação influencia a perceção crítica da prática, fundamentalmente através do conhecimento sobre enfermagem do sistema familiar.

A subescala **perceção da relação enfermeiro-família**, ao nível do pré-teste as unidades de teste apresentam um resultado mais favorável à abordagem sistémica do cuidado à família que a subescala anterior (Média = 2,16 ± 0,72). O melhor resultado é o do item 9, *"o meu envolvimento com as famílias é acima de tudo compensador",* com uma

média de 1,70 ± 0,67. A maioria dos enfermeiros (90%; 9) situou-se no nível alto e médio alto de avaliação (Gráfico 3 - B). Por outro lado, o item 6 relativo ao planeamento de intervenções de enfermagem em conjunto com o doente e a família obteve a pior resposta (Média = 2,80 ± 1,23). Quatro dos enfermeiros (40%) reconhecem que quase nunca planeiam em conjunto com as famílias. No momento pós-teste, apesar de não se verificar diferenças estatisticamente significativas, constatou-se que foi o item sujeito a maior mudança (Z= -1,732; p = 0,083).

Gráfico 3 - Distribuição das médias dos itens segundo as frequências observadas no pré-teste e pós-teste.



A – FNPS por áreas de dispersão (Pré-teste)

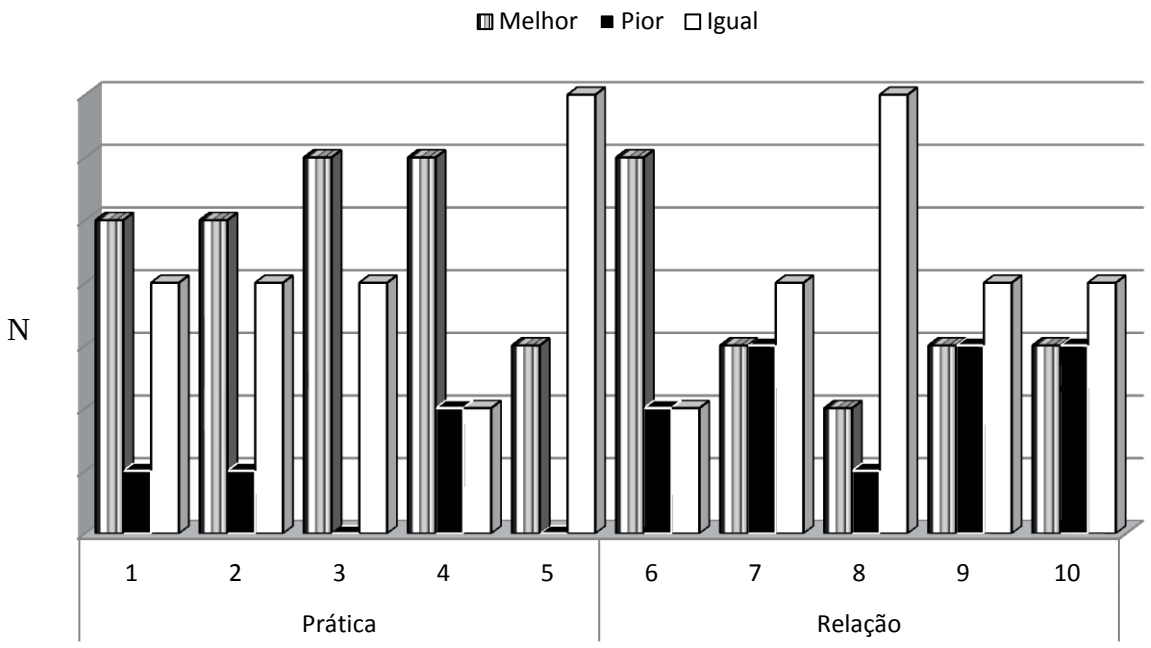
B – FNPS por áreas de dispersão (Pós-teste)

A análise global dos dados permite-nos afirmar que a formação teve impacto na mudança de atitude dos enfermeiros, essencialmente na perceção crítica da prática. Acreditamos que o elevado número de experiências dos enfermeiros com a abordagem sistémica do cuidado à família tenha afetado a sua forma de pensar sentir e agir a enfermagem de família.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição de frequências por item, comparando a avaliação pré e pós teste. Classificamos na etiqueta “melhor”, os itens que apresentam evolução favorável à atitude face à prática de enfermagem de família, na etiqueta “pior” os

que apresentaram retrocesso relativamente à avaliação no primeiro momento e por fim classificamos na etiqueta "igual" os itens que mantiveram o nível de resposta.

Gráfico 4 - Distribuição dos inquiridos segundo os processos de mudança de atitude face à prática de enfermagem de família ao longo do estudo.



A análise dos dados evidencia as mudanças ocorridas ao nível dos itens que naturalmente espelham as mudanças nas atitudes dos enfermeiros, do pré-teste para o pós-teste. Ao nível da subescala perceção crítica da prática é onde se observam maiores mudanças. Mas porque que é que umas atitudes mudam e outras não?

Segundo a perspetiva cognitivista (Ajzen, 2005), as atitudes e os processos de mudança de atitudes acontecem através dos pensamentos que as pessoas geram em resposta a comunicações persuasivas. Segundo o mesmo autor**,** os processos de aquisição das atitudes são idênticos aos de outros hábitos. As pessoas aprendem informações e factos acerca dos diferentes objetos das atitudes, aprendendo igualmente os sentimentos e os valores associados aos mesmos.

Compreender o comportamento da variável em estudo, atitude dos enfermeiros no trabalho com as famílias, face às diversas variáveis de atributo associadas ao impacto da

formação, permite-nos identificar quer tendências, quer hipóteses, de modo a confirmar a hipótese de partida.

A análise da relação entre a idade e a atitude face à prática de enfermagem de família (Tabela 7) inicialmente, evidenciou uma correlação negativa, moderada a forte entre as variáveis, levando-nos a admitir que quanto maior for a idade do enfermeiro menor será o valor observado nas subescalas e no total da escala, logo uma atitude mais favorável à abordagem sistémica do cuidado à família.

Tabela 7 - Correlação não paramétrica entre a idade dos enfermeiros e a prática de enfermagem de família.

		(Pré-teste)			(Pós-teste)		
Spearman's rho		Prática	Relação	FNPS	Prática	Relação	FNPS
Idade	*r*	**-0,660**	**-0,862**	**-0,768**	-0,413	-0,265	-0,293
	p	**0,038**	**0,001**	**0,009**	0,235	0,460	0,412
	n	**10**	**10**	**10**	10	10	10

Da comparação da atitude na abordagem sistémica ao cuidado da família em função da idade, (Tabela 8), inicialmente, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa entre grupos no que diz respeito à perceção crítica da relação enfermeiro família (Z= - 1,997; $p < 0.05$) confirmando-se a atitude mais favorável nos enfermeiros mais velhos (média de 1,76 ± 0,53). Todavia a diferença não se evidenciou ao nível da perceção crítica da prática ou no total da escala e dissipou-se completamente na análise pós-teste.

Tabela 8 - Atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias segundo a idade.

Idade (anos)		Pré-teste			Pós-teste		
		Prática	Relação	FNPS	Prática	Relação	FNPS
≤ 34	Média	2,96	**2,56**	2,76	2,40	2,16	2,28
	N	5	5	5	5	5	5
	DP	0,43	**0,71**	0,48	0,70	0,97	0,83
> 34	Média	2,48	**1,76**	2,12	1,96	1,80	1,88
	N	5	5	5	5	5	5
	DP	0,57	**0,53**	0,50	0,08	0,54	0,29
Z		-1,265	**-1,997**	-0,343	-1,342	-0,529	-0,686
p		0,206	**0,046**	0,732	0,180	0,597	0,493

No final do estudo, a descrição dos dados mostra-nos que os enfermeiros mais velhos apresentam valores de média mais baixos, logo atitudes mais favoráveis do que os enfermeiros mais novos na relação enfermeiro família (Média = 1,80 ± 0,54), todavia a diferença entre grupos não é estatisticamente significativa pelo que não se aceita a hipótese de que a idade tenha efeito sobre a relação enfermeiro família, anteriormente elaborada.

Os resultados alertam para uma possível interferência da formação levando-nos a supor que o seu impacto resulte na sistematização e homogeneização da atitude face a prática da enfermagem de família. Neste sentido confirma a hipótese por nós criada, que a formação no contexto da prática influência a atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família, independentemente da idade.

Relativamente ao tempo de profissão, e havendo uma correlação positiva forte com a idade dos enfermeiros (r = 0,951; p <0,001) verificou-se um comportamento semelhante da variável.

A análise correlacional, no pré-teste (Tabela 9), permitiu verificar uma relação moderada entre o tempo de profissão e a prática de enfermagem de família no geral e especificamente na relação enfermeiro família. Quanto maior for o tempo de profissão menor será a média obtida na FNPS, logo uma atitude mais favorável à pratica de enfermagem de família (r = - 0,706; p = 0,023). Uma relação muito significativa (r = - 0,852; p = 0,002) foi encontrada entre o tempo de profissão e a relação enfermeiro família, pelo que também neste domínio os enfermeiros com mais tempo de profissão tendem a evidenciar atitude mais favorável na relação enfermeiro família.

Efetivamente, no início do estudo, o tempo de profissão revelou influência sobre a atitude dos enfermeiros que trabalham com as famílias. Com maior expressão ao nível da subescala que perceciona a relação enfermeiro-família, o grupo de enfermeiros com maior tempo de profissão evidenciou atitude mais favorável ao trabalho com a família

(Média = 1,76 ± 0,53). A diferença entre grupos foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Tabela 9 - Correlação não paramétrica entre o tempo de profissão e a prática de enfermagem de família.

Spearman's rho		Pré-teste		
		Prática (subescala 1)	Relação (subescala 2)	FNPS (Total)
Tempo de profissão	r_s	-0,525	-0,852**	-0,706*
	Sig. (bilateral)	0,119	0,002	0,023
	N	10	10	10

*. Correlação significativa ao nível 0.05
**. Correlação significativa ao nível 0.01

Os dados acentuam a ideia de que a atitude na relação com as famílias melhora com o tempo de profissão do enfermeiro. Todavia pelos resultados encontrados no pós-teste (Tabela 10) rejeita-se a hipótese que o tempo de profissão tenha influência na atitude face ao trabalho com as famílias.

Tabela 10 - Comparação não paramétrica entre a FNPS e o tempo de profissão (Pós-teste).

	Tempo de profissão	N	Mean Rank	Sig.
Prática (Subescala1)	≤ 12	5	6,70	
	> 12	5	4,30	0,180
	Total	10		
Relação (subescala2)	≤ 12	5	6,00	
	> 12	5	5,00	0,597
	Total	10		
FNSP (Total)	≤ 12	5	6,20	
	> 12	5	4,80	0,463
	Total	10		

Refletindo sobre o impacto da formação na abordagem sistémica do cuidado da família na atitude do enfermeiro, a evidência destes resultados, levam-nos a considerar que o tempo de profissão é independente da atitude da prática de enfermagem de família.

Provavelmente a formação terá mais influência no desenvolvimento de atitudes favoráveis à prática de enfermagem de família.

O estudo da influência do contexto na atitude dos enfermeiros face ao trabalho com as famílias, levou-nos à análise da atitude consoante a norma percepcionada para os cuidados a prestar à família, expressa no local da prática, e as condições percebidas para envolver a família no processo de cuidados de enfermagem.

Os dados apresentados na Tabela 11, não evidenciam a tendência da influência das normas nas atitudes dos enfermeiros. Verifica-se que qualquer que seja a norma percecionada a atitude é favorável à abordagem sistémica do cuidado à família. Contudo os enfermeiros (3; 30%) que percecionam a norma *família como recurso de si mesma*, e portanto a orientação para os cuidados serem dirigidos à família como um todo, apresentam médias mais baixas (Média = 2,43 ± 0,37), o correspondente a uma atitude mais favorável.

Tabela 11 - Atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias segundo as normas.

Normas		Pré - teste		
		Prática	Relação	FNPS
Família como recurso de si mesma (Cuidado dirigido à família como um todo)	Média	2,60	2,26	2,43
	N	3	3	3
	DP	0,60	0,30	0,37
Família como um recurso à saúde dos elementos doentes (cuidados dirigidos a alguns membros da família)	Média	3,15	2,50	2,82
	N	4	4	4
	DP	0,34	0,84	0,53
Família é parceira no cuidar. (Cuidados dirigidos ao indivíduo doente no contexto da família)	Média	2,72	2,16	2,44
	N	3	3	3
	DP	0,54	0,72	0,57
Kruskal Wallis Test ***Sig.***		$\chi^2 = 4{,}738$ $p = 0{,}094$	$\chi^2 = 2{,}328$ $p = 0{,}312$	$\chi^2 = 4{,}223$ $p = 0{,}121$

Na avaliação pós-teste, tendo a maioria dos enfermeiros (9, 90%), percecionado a norma *família como recurso de si mesma*, não se evidenciou diferença significativa na atitude face ao cuidado da família. Ao nível descritivo constatou-se uma atitude

(Média = 2,08 ± 0,62) mais favorável à abordagem sistémica da família que a encontrada no pré-teste.

Os resultados sinalizam a instabilidade na perceção das normas subjetivas porém não se evidenciou a sua influência na atitude dos enfermeiros.

No que respeita à existência de condições no local de trabalho para envolver a família no processo de cuidados de enfermagem, foi apontada por alguns enfermeiros na entrevista pré-teste como um aspeto a melhorar. Seis enfermeiros (60%), afirmam que só *algumas vezes* têm condições para trabalhar com as famílias, contra um (10%) que diz ter *sempre* e três (30%) que dizem *quase nunca* terem condições para envolver a família nos cuidados. Já no pós-teste, todos percecionam condições para o trabalho com as famílias.

Porém as condições do local da prática percecionadas, não influenciam a prática de enfermagem de família. Não existe diferença significativa entre grupos, que identificam condições e não identificam condições, na atitude dos enfermeiros face à prática de enfermagem de família no pré e pós-teste. Ambos os grupos apresentam atitude favorável à abordagem sistémica do cuidado à família.

Salienta-se no entanto que, o grupo dos enfermeiros que percecionou falta de condições no seu local de trabalho para envolver as famílias no cuidado, curiosamente é o que apresenta média mais baixa (Média 1,86 ± 0,67) a nível da subescala relação enfermeiro-família.

Durante o trabalho de campo algumas notas alertam-nos para os discursos dos enfermeiros sobre as condições ao trabalho com as famílias. A reclamação da falta de carro para a visita domiciliária com a colega de equipa (N12; 040/2011) "… envolver a família nos cuidados depende acima de tudo de nós próprios (…) mas é cansativo andarmos sempre a solicitar um carro para fazer uma consulta no domicílio …" (E03), o desapontamento por falta de continuidade do trabalho com a família (N14; 040/2011) "… claro que o cliente quando vem ao centro realizar o tratamento à ferida prefere que seja a sua enfermeira …

mas isso a maior parte das vezes não é possível …" (E07) associado ao descontentamento pela frequente alteração de horários relacionada com ausências por doença e/ou férias N19; 05/2011)" … por vezes calendarizo a próxima consulta … mas entretanto o meu horário muda …" (E09), foram alguns dos temas de discussão informal durante o café da manhã.

Em consequência, a nível organizacional constatou-se uma preocupação com a redistribuição de recursos e planeamento de horários (N21; 05/2011) de modo a assegurar a continuidade de cuidados às famílias envolvidas no estudo, a chefe, em reunião geral, definiu medidas relativas ao uso do carro para as visitas domiciliárias, e a calendarização das consultas de enfermagem de família.

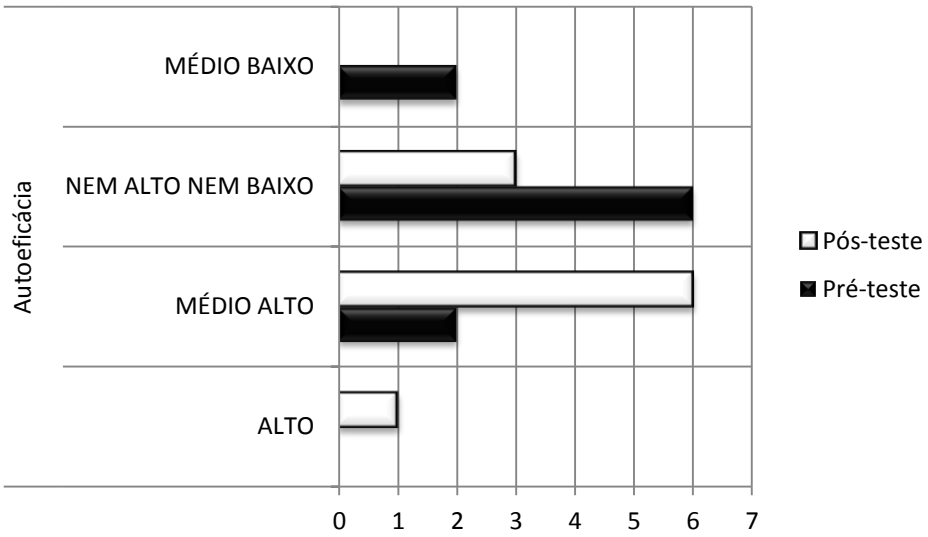
Estes dados incitam-nos a olhar o enfermeiro e as suas crenças como fator principal para a abordagem sistémica do cuidado à família (Wright & Bell, 2009) e atender a narrativas do tipo, "... trabalhar com as famílias exige condições que o centro não tem…" (E010), ou "quando estou na sala de tratamentos, não tenho tempo de envolver a família no cuidado" (E07) pois tratam-se de crenças não coincidentes com a abordagem sistémica do cuidar da família e como tal um indicador para formação.

Será que a atitude dos enfermeiros é influenciada pela perceção de auto-eficácia no trabalho com as famílias?

A autoeficácia enquanto crença nas capacidades de executar as ações exigidas para atingir um determinado desempenho, no sentido que Bandura (2008) lhe dá, traduz uma avaliação ou perceção pessoal quanto à própria inteligência, habilidades e conhecimentos para determinada capacidade. Não é uma questão de se possuir ou não tais capacidades, não basta que estejam presentes, trata-se de acreditar que as possui (Rodrigues & Barrera, 2007).

Quando convidados a avaliar a perceção de autoeficácia no trabalho com as famílias, no início do estudo a maioria dos enfermeiros (6; 60%) percecionou um nível de eficácia médio, enquanto no pós-teste a maioria (6; 60%) perceciona um nível médio alto (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição dos participantes segundo a perceção da Autoeficácia no trabalho com as famílias.



A Tabela 12 mostra-nos a diferença de atitude entre grupos conforme a perceção de autoeficácia no trabalho com famílias. Os enfermeiros que percecionam uma baixa autoeficácia no trabalho com as famílias revelam uma atitude desfavorável à abordagem sistémica do cuidado da família (Média 3,25 ± 0,21. Pelo contrário os enfermeiros que percecionam uma alta autoeficácia no trabalho com as famílias revelaram uma atitude favorável à prática de enfermagem de família (Média 2,23 ± 0,43). Existe diferença estatisticamente significativa entre grupos.

Tabela 12 - Atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias segundo a perceção de autoeficácia.

Perceção de auto-eficácia no trabalho com famílias		Pré-teste		
		Prática	Relação	FNPS
Alta	Média	2,55	1,95	2,23
	N	8	8	8
	DP	0,45	0,54	0,43
Baixa	Média	3,40	3,10	3,25
	N	2	2	2
	DP	0,28	0,70	0,21
Mann-Whitney U		z = **3,906**	z = **3,882**	z = **4,390**
Sig.		***p* = 0,048**	***p* = 0,049**	***p* = 0,036**

A comparação da atitude dos enfermeiros face à prática de enfermagem de família conforme a sua perceção da autoeficácia alta e baixa para o trabalho com as famílias, contrariamente aos resultados do pré-teste não se evidencia diferenças entre grupos no pós-teste. Todos os enfermeiros percecionam uma alta autoeficácia e revelam uma atitude favorável ao trabalho com as famílias (Média = 2,08 ± 0,62).

A formação poderá responder a esta mudança na perceção das suas capacidades?

Entendido como um fator cognitivo, o constructo da autoeficácia é formado a partir das informações recebidas de quatro fontes, experiência direta, vivências, persuasão social, e estado físico e emocional, pois influenciam a perceção da própria capacidade e da competência frente à resolução de determinada situação (Bandura, 2008). Neste sentido acreditamos que as estratégias de formação implementadas intensificaram as experiências diretas, as vivências e sobretudo promoveram um ambiente persuasor da abordagem sistémica ao cuidado à família. As equipas de debate e discussão, as situações *role playing* e as reflexões críticas da prática foram norteadas pelas forças que os enfermeiros percecionavam no cuidado relacional estabelecido com as famílias.

O estudo da relação entre a categoria profissional e a atitude dos enfermeiros não se constitui fator de impacto na atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica da família. Este resultado vem confirmar que o trabalho com as famílias é um dever ético e moral de todos os enfermeiros (Wright, 2011).

Analisando a relação entre a formação profissional e as atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias constata-se uma correlação moderada entre as duas variáveis (r = - 0,666; p = 0,036). A correlação não paramétrica revela que quanto mais elevada é a formação profissional dos enfermeiros menor é a média, logo mais favorável é a atitude face à prática da enfermagem de família.

Na avaliação inicial, constatou-se os enfermeiros com formação profissional pós-básica[4] distinguem-se do grupo dos enfermeiros com formação básica[5] com uma diferença estatisticamente significativa (Z = -1,997; p = 0,046) ao nível da perceção crítica da relação enfermeiro família (Tabela 13). Todavia não se distinguem na perceção crítica da prática e no global da prática de enfermagem de família.

A análise dos dados no momento pós-teste revela que todos os enfermeiros apresentam uma atitude favorável à prática de enfermagem de família.

Sendo teoricamente expectável que todos os enfermeiros apresentassem uma atitude favorável à prática de enfermagem de família, os dados no pós-teste não confirmam a relação entre a formação profissional/desenvolvimento profissional e a atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família. Todavia indiciam que a formação favoreceu a atitude face à prática de enfermagem de família. Perante estes resultados aceita-se que a atitude face ao cuidar da família é independente do desenvolvimento profissional.

Tabela 13 – Atitudes dos enfermeiros no trabalho com as famílias segundo a categoria profissional.

Formação Profissional		Pré-teste			Pós-teste		
		Prática	Relação	FNPS	Prática	Relação	FNPS
Básica	Média	2,96	**2,56**	2,76	2,40	2,16	2,28
	N	5	5	5	5	5	5
	DP	0,43	**0,71**	0,48	0,70	0,97	0,83
Pós-Básica	Média	2,48	1,76	2,12	1,96	1,80	1,88
	N	5	5	5	5	5	5
	DP	0,57	0,53	0,50	0,08	0,54	0,29
Z		-1,265	**-1,997**	-1,467	-1,342	-0,529	-0,733
p		0,206	**0,046**	0,142	0,180	0,597	0,463

[4] Consideramos formação pós – Básica - a formação que os enfermeiros de cuidados gerais têm após 6 anos de prática profissional (experiência clínica) e/ou a formação adquirida no âmbito da especialidade em enfermagem

[5] Consideramos formação básica – a formação do recém- formado e a experiência clínica dos primeiros seis anos.

A asserção anterior vai de encontro à ideia de Wright e Leahey (2002, p28) de que todos os enfermeiros devem ser instruídos e competentes na maneira de envolver as famílias nos cuidados, e admitem que estudantes e recém-formados, no caso de reconhecerem a importância da abordagem sistémica, desenvolverem competências de enfermagem e serem capazes de lidar com o sistema individual e familiar em simultâneo.

1.4 PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE OS OBSTÁCULOS E AS VANTAGENS À PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Que problemas ou obstáculos acarretam para a sua prática de Enfermagem o envolvimento da família na avaliação e planeamento de cuidados?

A análise de conteúdo (Anexo VIII) dos dados situou-nos face a achados de distintas naturezas, quando comparados aos preconizados por Hanson et al (2005). Assim na categorização à posterior, optou-se por eleger três categorias principais, nomeadamente "Enfermeiro", "Instituição e "Família". Em outras categorias situamos os registos que não identificam obstáculos à prática de enfermagem de família e que obtiveram um peso de 7,1% e 7,7%, no total das unidades de enumeração no pré e pós-teste respectivamente, (Tabela 14).

Na categoria *Enfermeiro* agrupamos as subcategorias relacionadas com "Metodologias de trabalho", "Tempo", "Competências", "Conhecimento" e "Motivação". As subcategorias assim etiquetadas chamam a atenção para uma dinâmica profissional que segundo os próprios enfermeiros pode constituir-se obstáculo ao envolvimento da família nos cuidados. Inicialmente a categoria representa 42,9% do peso das asserções no total das unidades de registo, mas verificou-se uma diminuição das evocações (15,4%) no pós-teste.

A categoria *Instituição* agrega as subcategorias “Recursos” e “Dinâmica” e assume uma representação de 28,6% e 22,2% do total dos obstáculos ao envolvimento da família na prática clínica dos enfermeiros, respetivamente no pré e pós-teste.

Já no caso da categoria *Família*, verificaram-se duas tendências nas unidades de registo que nos levou à criação de duas subcategorias “Funcionamento” e “Estrutura”. Inicialmente a categoria apresentou-se representando o menor peso (21,4%) no total das unidades de registo evocadas, porém no pós-teste passou a liderar as asserções de obstáculos à prática de enfermagem de família (55,6%).

Na fase inicial do estudo, na categoria *enfermeiro*, as “Metodologias de trabalho” representaram 14,3% do total das unidades de enumeração e evidenciaram aspetos conceptuais e comportamentais que influenciam a integração da família na prática dos cuidados, nomeadamente o modelo de cuidados, a gestão de recursos e o trabalho em equipa. Estes achados vão de encontro ao identificado por Friedman (1998), Hanson et al (2005) e Wright e Bell, (2009), quando afirmam que um dos principais obstáculos ao cuidado da família é a falta de modelos teóricos. Por sua vez a ideia que os enfermeiros têm do tempo (14,3%) que é necessário para envolver a família no cuidado, não vai de encontro ao preconizado por Wright e Leahey (2009) de que uma consulta efetiva com a família pode demorar quinze minutos ou menos, constituindo-se assim um dos mais importantes obstáculos ao trabalho com as famílias, evocado por 4 enfermeiros (40%). A análise dos achados no pós-teste, revela que as evocações situam-se fundamentalmente ao nível da subcategoria “Tempo” e “Motivação”. A reflexão sobre estas representações deve no entanto ser feita tendo em consideração o período de transição que o Serviço de Saúde Regional está a atravessar, influenciado por todo um contexto de contenção e controlo em que as exigências se sobrepõem às regalias e os enfermeiros sentem-se subvalorizados no contributo que dão para a saúde dos cidadãos, como demonstram alguns discursos dos participantes “… é preciso muita motivação mesmo, … não é a política de enfermagem”

(E13), "...eu passei por muita mudança, (…) eu e os meus colegas, … passei de enfermeira que fazia triagem tensão, peso, temperatura, para o senhor doutor, para um nível de independência que hoje em dia temos nas consultas de enfermagem (…) mas não interessa qualidade é quantidade, gente atrás de gente ... e isto desmotiva. (…) a tendência é voltar para trás, infelizmente" (E11).

Por outro lado, a descoberta de achados essencialmente centrados na *família*, na fase de pós-teste, levou-nos a interpretar as subcategorias, *funcionamento* e *estrutura* familiar como obstáculos evidentes para uma prática de enfermagem de família efetiva. Esta asserção naturalmente alerta para a necessidade de reflexão sobre as metodologias de intervenção com as famílias.

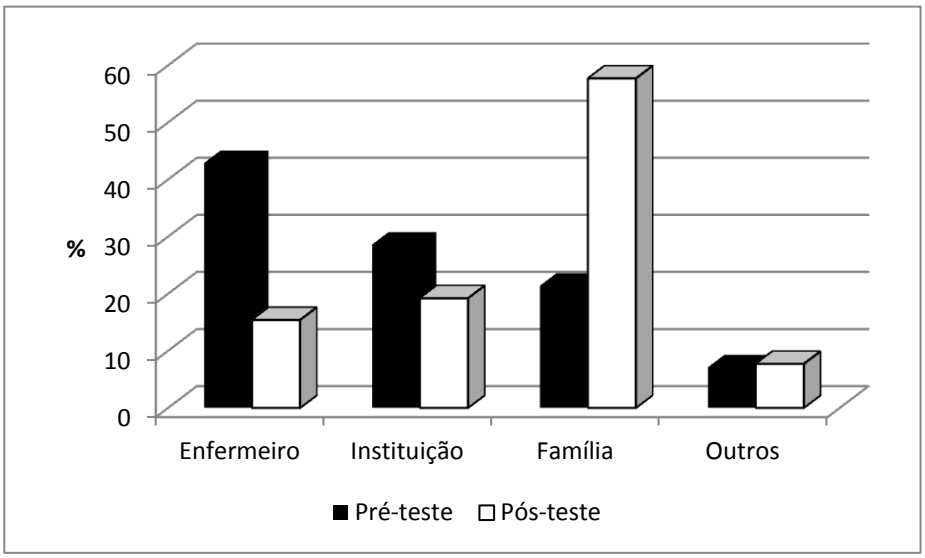
Tabela 14 - Obstáculos para a prática de enfermagem com a família: categorização e unidades de enumeração.

Categoria	Subcategorias	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
Enfermeiro	Metodologias de trabalho	4			
	Tempo	4		2	
	Competências	2			
	Conhecimento	1			
	Motivação	1		2	
Subtotal		**12**	**42,9**	**4**	**14,8**
Instituição	Recursos	4		3	
	Dinâmica	4		3	
Subtotal		**8**	**28,6**	**6**	**22,2**
Família	Funcionamento	3		10	
	Estrutura	3		5	
Subtotal		**6**	**21,4**	**15**	**55,6**
Outros		2		2	
Subtotal		**2**		**2**	
Total		**28**	**100,0**	**27**	**100,0**

Em síntese julgamos ter estimado efetivas mudanças ao nível das representações dos enfermeiros sobre os obstáculos ao envolvimento da família nos cuidados. Estes mostram-nos as mudanças que os enfermeiros precisam, continuar a acreditar, para que a enfermagem de família seja uma realidade nos seus locais da prática. O Gráfico 6 mostra a distribuição

percentual que as categorias assumiram, no total das unidades de enumeração no pré e pós-teste.

Gráfico 6 - Obstáculos à prática de enfermagem de família (Pré-teste/Pós-teste): Distribuição percentual segundo o discurso dos enfermeiros.



Estes achados mostram-nos as áreas de suscetibilidade ao trabalho dos enfermeiros com as famílias que pontualmente se alteraram. O que no início foi apontado como o principal obstáculo agora é o menor e vice-versa, todavia a diferença de proporções não é estatisticamente significativa (Z = 1, 0128; p = 0,311). Obviamente esta representação, que corresponde à posição dos enfermeiros no seu contexto, alerta-nos para a necessidade da investigação, a formação e a prática caminharem juntas co-construindo soluções para que a enfermagem de família seja uma realidade na prática dos cuidados (Duhamel & Dupuis, 2011).

Conhecer as crenças que movem os enfermeiros a aceitar o envolvimento da família na prática dos cuidados como uma vantagem para a prática clínica, levou-nos a confrontá-los com a seguinte questão: Que vantagens, caso existam, o envolvimento da família na avaliação e planeamento de cuidados traz para a sua prática de Enfermagem?

Procedeu-se à análise dos achados (Anexo IX) a partir do enquadramento conceptual dos pressupostos que enformam os paradigmas da enfermagem, *Saúde*, *Pessoa*, *Ambiente* e

Cuidados de enfermagem (OE, 2002b). Contudo da análise dos discursos não se identificaram unidades de registo nas categorias "Pessoa" e "Ambiente", que ficaram desertas, e emergiu uma nova categoria, que nomeamos de "Enfermagem" (Tabela 15).

Na categoria *enfermagem*, agregamos as unidades de registo em duas subcategorias que rotulamos de "Reconhecimento" e "Missão". Na análise global das evocações às subcategorias no pré e pós-teste, embora sem diferenças estatisticamente significativas, constatou-se que no pós-teste, a maioria dos enfermeiros 6 (60%) identifica como vantagem da prática de enfermagem o reconhecimento da enfermagem através da satisfação profissional, contrariamente ao pré-teste onde apenas dois enfermeiros o tinham afirmado. A identificação destes achados vai de encontro ao defendido por alguns teóricos, de que a abordagem sistémica do cuidado à família aumenta a satisfação dos profissionais e torna-os pessoas diferentes (Wright & Bell, 2009, p 24).

A subdivisão da categoria *Cuidados de enfermagem* nas subcategorias *"*Avaliação*",* "Diagnóstico" e "Intervenção*"* ajuda-nos a interpretar o peso das evocações que os enfermeiros colocam no modo como fazem enfermagem com a família. A análise das unidades de registo permite-nos concluir que no momento pré-teste os enfermeiros evocam sobretudo a fase da intervenção (24,0 %), contrariamente à fase de pós-teste (8,3%), em que a ênfase é colocada na etapa da avaliação. A reduzida asserção à etapa do diagnóstico, leva-nos a supor que seja uma das áreas de vulnerabilidade no trabalho dos enfermeiros com as famílias. Por um lado a cultura de diagnósticos centrado na saúde do indivíduo (Hanson, 2005) e por outro a complexidade que envolve o próprio conceito de saúde da família poderá estar na sua origem.

Tabela 15 - Vantagens associadas ao envolvimento da família na prática de enfermagem: categorização e unidades de enumeração.

Categoria	Subcategorias	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
Enfermagem	Reconhecimento	5		13	
	Missão	3		2	
Subtotal		**8**	**32,0**	**15**	**41,6**
Cuidados de Enfermagem (Processo de enfermagem)	Avaliação	4		6	
	Diagnóstico	0		2	
	Intervenção	6		3	
Subtotal		**10**	**40,0**	**11**	**30,6**
Saúde	Saúde da Família	7		10	
Subtotal		**7**	**28,0**	**10**	**27,8**
Total		**25**	**100,0**	**36**	**100,0**

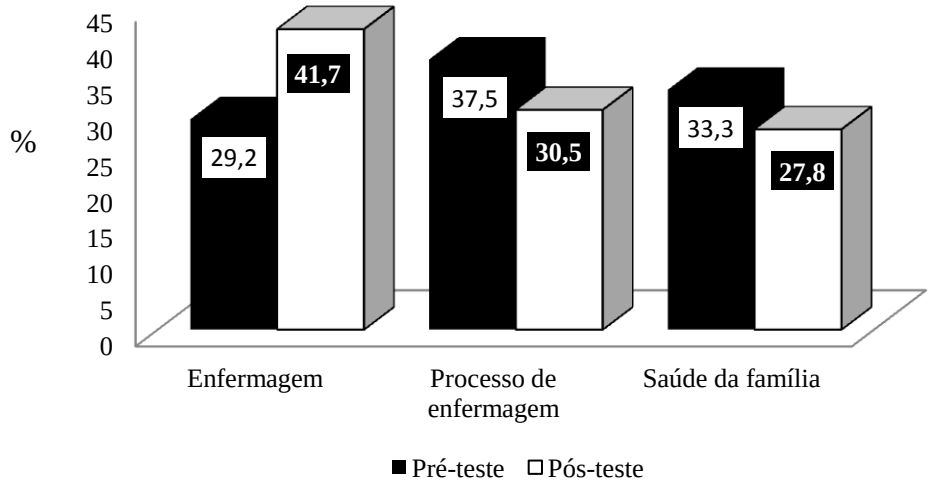
A análise global dos achados reconfirma o resultado já encontrado para a representação de enfermagem de família. A vantagem de envolver a família nos cuidados é justificada maioritariamente pelos benefícios para a própria enfermagem e para os cuidados de enfermagem/processo de enfermagem. Está postura centrada na profissão poderá contudo empalidecer o principal foco de atenção da enfermagem de família que é a própria família como unidade de cuidados e perturbar a sua visibilidade.

Os enfermeiros quando apontam a *saúde da família* como uma das vantagens do envolvimento da família nos cuidados, apesar da subcategoria agregar os percentuais mais baixos (28,0 e 27,8%) no total das unidades de registo, apontam estados da sua dinâmica familiar como sejam, a satisfação, a segurança, a responsabilidade, a autonomia e o poder de decisão enfatizando a visão da família como um todo.

A análise global dos achados (Gráfico 7) mostra que a representação da vantagem de envolver a família nos cuidados, no discurso dos enfermeiros sofreu uma mudança da avaliação pré teste para a avaliação pós-teste. De uma postura essencialmente focada no processo de enfermagem (37,5%) que caracterizou a principal vantagem no momento pré-teste, após a intervenção da formação os enfermeiros assumem que envolver a família nos

cuidados acarreta vantagens fundamentalmente para a própria Enfermagem (41,7%), particularmente para o seu reconhecimento.

Gráfico 7 - Vantagens associadas ao envolvimento da família na prática de enfermagem: categorização e unidades de enumeração.



Interpretar a expressão da formação nos achados detém-nos na diferença de proporções que as evocações assumem no pré e pós-teste, todavia não são estatisticamente significativas.

De acordo com Friedman (1998), os resultados fazem-nos reflectir na ausência de unidades de informação que contemplem a família como cliente/pessoa. Levando-nos a supor que esta integração conceptual ainda não ocorreu. Identificar no paradigma de cuidar a abordagem sistémica da família, passa por reconhecer a família como um sistema com vida própria que se relaciona num meio que a afeta e é afetado por ela.

1.5 FUNÇÕES PROFISSIONAIS DESENVOLVIDAS NO TRABALHO COM AS FAMÍLIAS

Para a análise dos discursos dos enfermeiros sobre o envolvimento com famílias nas duas semanas anteriores ao momento da colheita de dados, no pré e pós-teste respectivamente,

utilizamos os pressupostos teóricos descritos por Hanson et al, (2005) para o papel do enfermeiro de família.

Identificou-se uma multidimensionalidade nas funções realizadas (Tabela 16), característica do papel de enfermeiro de família (Hanson et al, 2005); ICN, 2002). Na fase de pré-teste apareceram no total 26 unidades de registo e no pós-teste 23, que foram agrupadas nas categorias "Prestadora e supervisora de cuidados", "Educadora de saúde", "Investigadora", "Assessora", "Gestora e coordenadora", "Consultora" e "Conselheira".

Os achados (Anexo X) permitem caracterizar como principais funções na fase de pré-teste, o papel de "Prestador e supervisor de cuidados", com 23,1 % (6) do total das unidades de registo e o papel de "Educador de saúde" com um percentual de 19,2% (5), e na fase pós-teste, o papel de "Investigador", no sentido de inquiridor das necessidades da família, com um total de 26,1 % (6) de unidades de registo e o de "Gestor e coordenador" com um percentual de 21,7 (5).

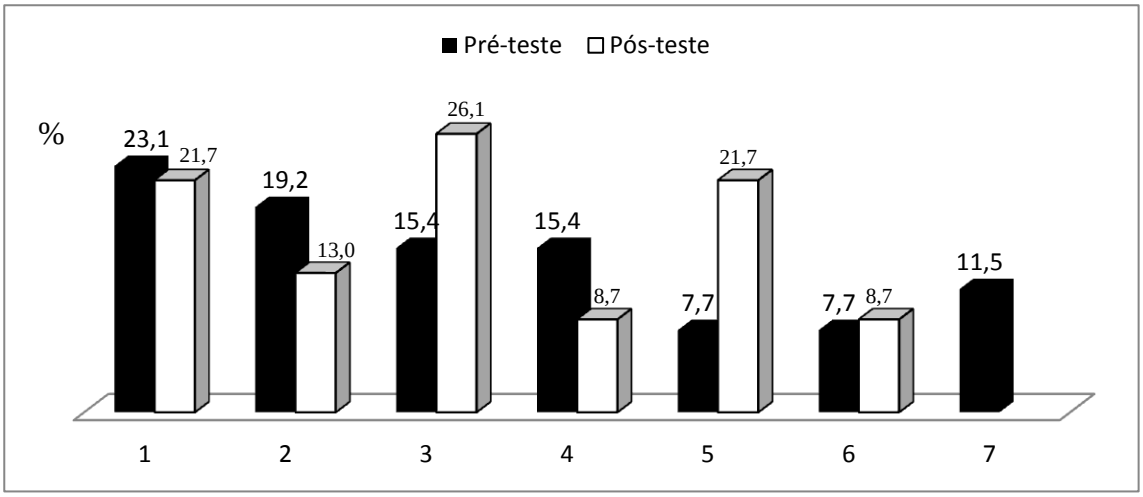
Tabela 16 - Funções do enfermeiro de família: categorização e unidades de enumeração.

Categoria	Pré-teste		Pós-teste	
	N	%	N	%
Prestador e supervisor de cuidados	6	23,1	5	21,7
Educador de Saúde	5	19,2	3	13,0
Investigador/Avaliar as necessidades da família	4	15,4	6	26,1
Assessor	4	15,4	2	8,7
Gestor e coordenador	2	7,7	5	21,7
Consultor	2	7,7	2	8,7
Conselheiro	3	11,5	-	-
Total	**26**	**100,0**	**23**	**100,0**

Esta imagem será aquela que naturalmente exibe para o meio quem é e o que faz o enfermeiro de família neste contexto e poderá ser usada para caracterizar e até comparar práticas de enfermagem de família em distintos contextos.

O gráfico seguinte mostra o peso que as asserções assumiram em cada uma das categorias definidas, sem que se evidenciassem diferenças estatisticamente significativas nas frequências observadas, no pré e pós-teste.

Gráfico 8 - Funções do enfermeiro de família: Categorização e frequência relativa das unidades de registo.



Legenda: 1 – Prestador e supervisor de cuidados; 2 – Educador de saúde; 3 – Investigador – avalia as necessidades da família; 4 – Assessor; 5 – Gestor e Coordenador; 6 – Consultor; 7 – Conselheiro.

Da comparação com as funções preconizadas por diferentes teóricos (ICN, 2001, Hanson et al 2005, Friedman, 1998, Potter, 2005; OE, 2002a), verificou-se a ausência de unidades de registos relativas às funções de "ligação", "modificador do ambiente", "defensor da família", "substituto da família" ou "epidemiologista".

Acreditamos que o tipo de envolvimento no trabalho com as famílias é contextualizado numa interação, na qual as respostas do enfermeiro são provocadas pelas respostas do cliente (família) e vice-versa ou seja que as respostas do enfermeiro co-existem com as da família (Wright & Leahey, 2009). Esta é pois uma representação de um momento específico, as duas semanas anteriores à colheita de dados, e obviamente postas em prática em relacionamentos específicos e naturalmente únicos.

Uma reflexão sobre o impacto da formação para estas representações poderá contudo explicar alguma das tendências que emergiram no pós-teste, nomeadamente a intensificação

da avaliação da família, bem como a função de gestora e coordenadora da saúde da família, comportamentos essenciais na abordagem sistémica da família.

Durante o trabalho de campo surgiram vários momentos de discussão sobre a prática clínica nomeadamente sobre o papel do enfermeiro face a uma abordagem sistémica do cuidado à família: (1) Com o recurso ao *role playing*, a consulta de enfermagem à família foi pretexto para analise crítica do papel do enfermeiro face ao envolvimento da família nos cuidados. Através do guia de avaliação da consulta (Anexo IV) os enfermeiros apreciavam e introduziam medidas de correção às intervenções realizadas; (2) A reflexão crítica da postura profissional desenvolvida durante a consulta, realizada ao fim da mesma na presença do investigador, fez emergir uma lista de forças e de fraquezas no modo de abordar o cuidado à família. Cada enfermeiro com a ajuda do investigador aprontou soluções para as suas fraquezas; (3) Um *focus group*, envolvendo todos os participantes a seis meses do fim do estudo, identificou as principais mudanças no trabalho com as famílias ocorridas nos seis meses passados; e (4) as sessões de formação em serviço que almejaram o desenvolvimento de competências cognitivas sobre a abordagem sistémica do cuidado à família.

1.6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, QUANDO OS ENFERMEIROS ENVOLVEM A FAMÍLIA NO CUIDAR

Falar sobre intervenções de enfermagem, em enfermagem de família, coloca-nos face a comportamentos dos enfermeiros e dos clientes contextualizados no relacionamento enfermeiro família, (Hanson et al, 2005; Wright & Leahey, 2009). Comportamentos que são intencionais e geralmente observáveis na prática clínica dos enfermeiros. Considerando o contributo que a CIPE/ICNP® vem trazer para a uniformização da linguagem, recorreremos à classificação para analisar e interpretar o tipo de intervenções que os participantes referem

no seu trabalho com as famílias. Para o efeito utilizamos como categorias e subcategorias os termos do eixo da ação mencionados na classificação (ICN, 2010).

Da análise global do discurso dos enfermeiros (Tabela 17) definimos como categorias da intervenção de enfermagem o "Atender", o " Informar", o "Determinar" e o "Gerir" e assumimos como significados os definidos na classificação internacional par a a prática de enfermagem (CIPE/ICNP®). Do total das unidades de registo que emergiram determinou-se o peso que cada categoria assumia na representação de intervenções com a família.

A categoria *atender, "estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa" (ICN, 2010,p98),* foi a que obteve maior número de unidades de registo (19; 48,7% e 16; 50,0%) quer no pré-teste quer no pós-teste. As subcategorias *"relacionar", "promover" e "apoiar",* especificamente agregam os tipos de intervenções mais comuns neste domínio, que se define no contexto do relacionamento enfermeiro família representando cerca de 50% das asserções dos enfermeiros. Em ambos os momentos do estudo, constata-se um cuidar relacional, segundo a opinião da maioria dos enfermeiros, 10 e 9 respetivamente, que tem em consideração a família e individualmente os seus membros, "…todos têm um papel importante, procuro escutar os elementos da família se possível individualmente" (E05). Podemos verificar também que o cuidar da família implica ainda um atender à experiência da família " … ao longo do processo de saúde doença" (E11). Os achados evidenciam que os enfermeiros relacionam a saúde da família com a saúde dos seus membros (Hanson et al, 2005). Na subcategoria *promover* seis dos enfermeiros (60%) evocam a mudança na família como conteúdo da sua intervenção. Os enfermeiros parecem acreditar que os comportamentos da família influenciam os seus membros e atendem a isso reforçando a mudança na família, (Figueiredo & Martins, 2009; Wright & Bell, 2009).

Tabela 17 - Representação das intervenções de enfermagem com a família: categorização e unidades de enumeração.

Categoria	Subcategorias	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
Atender	Relacionar	10		11	
	Promover	6		2	
	Apoiar	3		2	
	Assistir			1	
Subtotal		**19**	**48,7**	**16**	**50.0**
Informar	Ensinar	5		4	
	Orientar	5		3	
	Aconselhar	3		1	
Subtotal		**13**	**33,3**	**8**	**25,0**
Determinar	Avaliar	3		3	
	Monitorizar			1	
	Observar	1			
Subtotal		**4**	**10,3**	**4**	**12,5**
Gerir	Organizar	3		4	
Subtotal		**3**	**7,7**	**4**	**12,5**
Total		**39**	**100,0**	**32**	**100,0**

Na categoria *informar*, "comunicar alguma coisa a alguém" (ICN, 2010, p97) integramos as subcategorias, "orientar", "ensinar"; e "aconselhar" e obteve-se o segundo maior percentual de unidades de registo (33,3% e 25%) no pré e pós-teste. A análise do discurso dos enfermeiros permite-nos prever que este tipo de intervenções ocupa aproximadamente um terço do seu trabalho com as famílias.

Por fim, as categoria *determinar* "… encontrar ou estabelecer algo de modo preciso" (ICN, 2010, p 96) e *gerir* "… estar encarregado de e organizar para alguém ou alguma coisa" (ICN, 2010, p 97), sinalizam duas importantes áreas de intervenção quando os enfermeiros envolvem as famílias no cuidar.

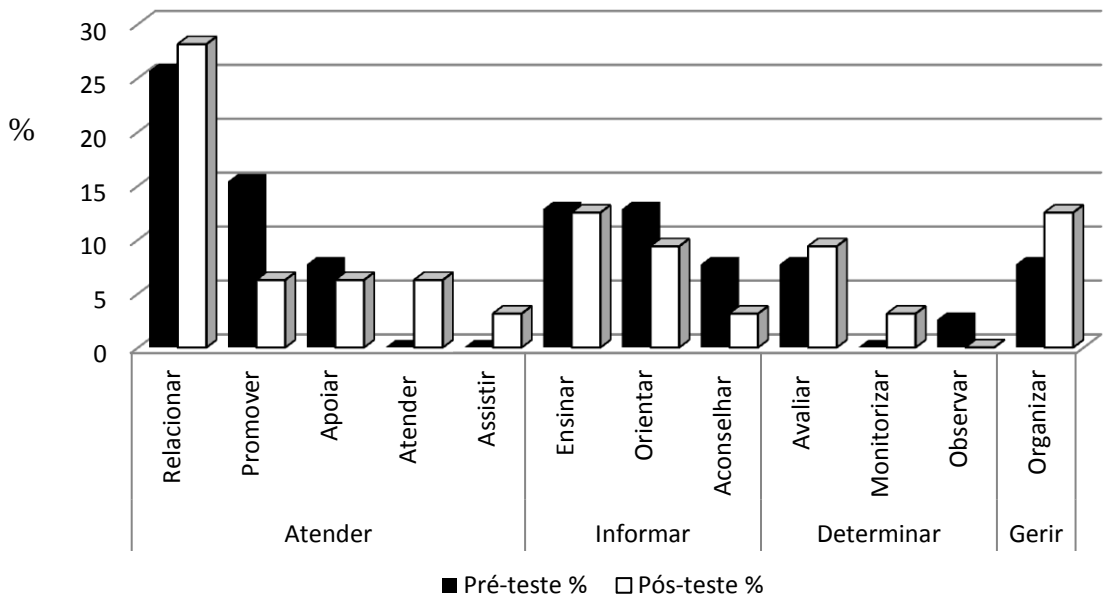
A análise do discurso (Anexo XI) permite-nos verificar o recurso ao ecomapa e genograma, como instrumentos de avaliação familiar, levando-nos a supor que os enfermeiros atendem à estrutura interna e externa da família (Wright & Leahey, 2009). Por

outro lado, alegar que o enfermeiro no trabalho com a família manipula o ambiente para aumentar a probabilidade de interação familiar (Hanson et al, 2005), está implícita na categoria *gerir*. Um dos participantes informa que estabelece "…contacto com o médico ou com o psicólogo antes de referir a família,…" E04, ou "… por vezes a cliente vem à consulta, mas como sei que o marido não está bem … já encaminho o processo para o médico…" E04.

Consideramos que a identificação das intervenções de enfermagem com as famílias é importante para dar consistência e visibilidade da intensidade do trabalho dos enfermeiros com as famílias. A categorização por tipo de ação, com recurso à CIPE/ICNP®, facilita a sistematização deste conhecimento e torna claro o que realmente os enfermeiros fazem.

A análise das categorigas e subcategorias emergentes, permite-nos representar os tipos de ação envolvidas nas intervenções de enfermagem de família no contexto em estudo (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Representações das intervenções de enfermagem na família por tipo de ação: Categorização e frequência relativa das unidades de registo.



A decisão sobre a prescrição da intervenção está naturalmente associada à intencionalidade do cuidar e à forma específica de pensar a abordagem da família, *família como contexto*, e os cuidados são dirigidos para o indivíduo doente ou a vários elementos da família, pois a família é recurso de saúde para o indivíduo doente e naturalmente parceira no cuidar, ou *família como unidade de cuidados* em que os cuidados são dirigidos para a família como um sistema (Benzein et al, 2008).

Mas que forma de pensar a abordagem da família dá consistência às intervenções de enfermagem de família identificadas?

A análise dos discursos tendo em consideração o cliente que é beneficiário da intervenção, proporcionou a denominação da estrutura da prática e revelou-nos dois cenários distintos. A representação das intervenções na família como contexto predominou nos discursos iniciais (24; 63,2%) e intervenções no âmbito da enfermagem da família como um sistema no pós-teste (20; 58,8%) como se pode observar na Tabela 18.

Tabela 18 - Representação do beneficiário das intervenções de enfermagem de família: categorização e unidades de enumeração.

Categoria	Pré-teste		Pós-teste	
	N	%	N	%
Família como contexto	24	63,2	14	41,2
Família como um sistema	14	36,8	20	58,8
Total	**38**	**100,0**	**34**	**100,0**

A não evidência de diferenças estatisticamente significativas entre as proporções encontradas, leva-nos a aceitar as tendências expostas igualmente assumidas nas intervenções de enfermagem com a família, no contexto em estudo.

Contudo, considerando que a abordagem sistémica do cuidado à família, implica a mobilidade da intervenção do indivíduo para a família e vice-versa, no sentido de efetivar o funcionamento individual, familiar ou até mesmo comunitário pelo qual o profissional é responsável (Wright, Watson & Bell, 1996), é possível que algumas das intervenções

designadas para esta categoria fossem pontualmente identificadas na categoria *família como contexto*.

Acreditamos, como Wright e Leahey (2009), que todas as intervenções de enfermagem são interativas pelo que o foco de atenção deve ser o comportamento do enfermeiro e a resposta da família e não somente o comportamento do enfermeiro.

1.7 RESULTADOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA SENSÍVEIS À INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Da análise do discurso dos enfermeiros acerca dos ganhos em saúde da família sensíveis à sua intervenção, emergiram várias categorias de acordo com o termo foco mencionado, nomeadamente "Status", "Processo", "Características do indivíduo", " Atitude", "Emoção", "Prevenção" e "Padrão alimentar". Agregaram-se a estas, as subcategorias que representam focos com características específicas evocadas, (Tabela 19).

Para a representação que os enfermeiros fazem dos ganhos em saúde sensíveis à sua intervenção, constatou-se que a categoria *status*, "condição da pessoa relativamente a outras, posição relativa de uma pessoa" (ICN, 2010, p), foi a que obteve maior peso (17; 41,5% e 27; 65,9%) no total das unidades de enumeração, quer no pré-teste quer no pós-teste. Agregada nesta dimensão a subcategoria *recuperação*, interpretada como " readquirir força, restabelecer a saúde, condição normal ou modo de vida" (ICN, 2010, p 71), foi a mais evocada.

A análise dos achados pré e pós-teste leva-nos a constatar a emergência da subcategoria "Funcionamento familiar" no momento pós-teste. Cinco (50%) dos enfermeiros participantes referem que um dos ganhos sensíveis à sua intervenção é o funcionamento familiar efetivo. E referem-se ao mesmo como um status do processo de relacionamento da família, "… em muitos casos com a nossa intervenção, aumenta a coesão

familiar" (E15), "… a autonomia da família afirma-se" (E11; E19), "… a capacidade de decisão sobre os assuntos de saúde aumenta" (E17) e "…deixam de precisar de nós com tanta frequência, pois procuram as suas soluções" (E12).

Tabela 19 - Representação dos resultados de enfermagem: categorização e unidades de enumeração.

Categoria	Subcategorias	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
Status	Aceitação do estado de saúde	2			
	Conhecimento	3		5	
	Recuperação	5		8	
	Satisfação	1		2	
	Saúde	4		7	
	Stress do prestador de cuidados	1		-	
	Crise familiar	1		-	
	Funcionamento Familiar	-		5	
	Subtotal	**17**	**41,5**	**27**	**65,9**
Processo	Processo Familiar	3		-	
	Comportamento interactivo	4		-	
	Subtotal	**7**	**17,1**	**-**	**-**
Características do indivíduo	Papel de cuidador	5		3	
	Papel Parental	-		1	
	Subtotal	**5**	**12,2**	**4**	**9,8**
Atitude	Adesão ao regime terapêutico	3		2	
	Coping Familiar	1		-	
	Crença	1		2	
	Subtotal	**5**	**12,2**	**4**	**9,8**
Emoção	Ansiedade	3		-	
	Confiança	-		3	
	Luto	1		-	
	Subtotal	**4**	**9,8**	**3**	**7,3**
Prevenção	Prevenir úlceras por pressão	2		2	
	Subtotal	**2**	**4,8**	**2**	4,8
Padrão alimentar	Amamentação / Amamentação exclusiva	1		1	
	Subtotal	**1**	**2,4**	**1**	**2,4**
	Total	**41**		**41**	

Todavia o termo não é reconhecido como foco de atenção do enfermeiro pela CIPE/ICNP® (ICN, 2010) leva-nos a supor que ele não é foco de atenção dos enfermeiros em geral e naturalmente não torna visível o papel do enfermeiro de família.

É naturalmente um achado surpreendente, já que o funcionamento familiar constitui uma das dimensões fundamentais na avaliação da família e constitui uma orientação do modelo MCAF. Modelo este recomendado pela OMS para a avaliação da família (OMS; 2002).

Acreditamos que o reconhecimento dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções dos enfermeiros influencia, o próprio enfermeiro reforçando a sua autoestima profissional, a definição do papel do enfermeiro no contexto multidisciplinar da saúde e o desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas para a enfermagem de família.

Em síntese poderá dizer-se que, o reconhecimento dos ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro define o território do enfermeiro de família e as normas que regulam a sua intervenção na família como um sistema.

1.8 PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO FACE À ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA

Partimos do pressuposto que o comportamento face à abordagem sistémica do cuidado à família, enquanto processo intencional, é resultante de uma intenção, determinante fundamental do mesmo, (Fishbein & Ajzen, 2010).

Segundo a teoria do comportamento planeado, a intenção reflete o nível de motivação da pessoa e a prontidão para o desempenho de determinada atividade (Courneya et al., 2001) e é influenciada por atitudes e crenças que o indivíduo constrói sobre a mesma.

A partir das entrevistas semiestruturadas realizadas com cada enfermeiro com a finalidade de conhecer a sua perceção sobre a abordagem sistémica do cuidado à família,

como metodologia na prática do enfermeiro de família, antes e após a experiência de formação, construímos a nossa própria perceção sobre a situação, em busca de uma maior compreensão da dissociação entre a teoria e a prática de enfermagem de família.

Analisou-se os discursos dos enfermeiros, marcado por uma elevada expectativa no desenvolvimento do estudo, no sentido das representações que traduzem crenças favoráveis e desfavoráveis face ao comportamento, as crenças sobre o que pensam os seus superiores hierárquicos para a execução ou não do comportamento bem como as crenças que possuem sobre a facilidade ou dificuldade de desempenhar a abordagem sistémica do cuidado à família.

A análise segundo a teoria do comportamento planeado (Ajzen & Fishbein, 1975, Fishbein & Ajzen, 2010) foi norteada pelas dimensões: *controlo comportamental percebido*, *atitude* e *norma subjetiva* (Tabela 20).

Na dimensão "Controlo comportamental percebido", agruparam-se as unidades de registo que evocam as crenças que o enfermeiro possui sobre o que facilita ou dificulta a abordagem sistémica do cuidado à família. Neste sentido identificou-se duas categorias "Dificuldades" e "Facilidades" que agregaram as subcategorias emergentes, conforme percecionassem dificuldades ou facilidades respetivamente, no desempenho da abordagem sistémica do cuidado à família. Surgiram assim sete subcategorias denominadas, "Dinâmica organizacional", "*Stress* do profissional", "Recursos", "Crenças incoerentes com a perspetiva sistémica", "Formação", "Crenças coerentes com a perspetiva sistémica" e "Gestão organizacional".

Tabela 20 - Representações sobre a abordagem sistémica do cuidado à família: Categorização e unidades de enumeração

Dimensão	Categorias/Subcategorias	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
Controlo comportamental percebido	Dinâmica organizacional	10		0	
	Stress do profissional	5		17	
	Recursos	2		0	
	Crenças incoerentes com a perspetiva sistémica	12		0	
	Dificuldades *	**29**	**35,8**	**17**	**7,4**
	Formação	3		25	
	Crenças coerentes com a perspetiva sistémica	0		28	
	Gestão organizacional	6		15	
	Facilidades	**9**	**11,1**	**68**	**29,6**
	Subtotal	**38**	**46,9**	**85**	**37,0**
Atitude	Desenvolvimento Profissional	8		58	
	Qualidade de cuidados	7		26	
	Realização Profissional	7		21	
	Valorização Profissional	3		13	
	Subtotal	**25**	**30,9**	**118**	**51,3**
Norma subjetiva	Referentes específicos	16		22	
	Motivação	2		5	
	Subtotal	**18**	**22,2**	**27**	**11,7**
	Total	**81**	**100,0**	**230**	**100,0**

* Diferença significativa entre proporções (p= 0,032)

As quatro primeiras integraram o grupo das crenças que percecionam dificuldades no desempenho da abordagem sistémica do cuidado à família e as últimas três o grupo das crenças que percecionam facilidade no desempenho. A análise pré-teste quando comparada à pós-teste revela diferença estatisticamente significativa entre as proporções das asserções registadas (p= 0,032) ao nível das dificuldades percecionadas. Por outro lado consta-se que na fase inicial do estudo o "Controlo comportamental percebido" é a dimensão que se apresenta com mais peso (46,9%) para a representação da abordagem sistémica do cuidado à família, particularmente à custa de dificuldades (35,8%). Esta exibição indicia uma falta de controlo sobre a abordagem em questão.

A mudança observada na tendência das evocações no pós-teste enfatiza uma possível relação com o efeito persuasor da formação na perceção de controlo do comportamento em análise por parte dos enfermeiros. Este achado confirma que a formação atenua as dificuldades percecionadas face à abordagem sistémica da família.

Na Dimensão "Atitude", agregou-se as unidades de registo que representam crenças, afetos e tendência para a ação (Duque, 2008), ou seja a avaliação das vantagens ou desvantagens da consequência da aplicação da abordagem sistémica do cuidado da família. Surgiram quatro categorias relacionadas com o exercício da enfermagem, nomeadamente "Desenvolvimento profissional", "Realização profissional", "Valorização profissional" e "Qualidade de cuidados". Os achados permitem-nos verificar que as evocações (8 e 58) dão maior peso à categoria "Desenvolvimento Profissional", no pré e no pós-teste respetivamente. Esta informação transmite-nos a ideia que os enfermeiros acreditam que a abordagem sistémica do cuidado à família traz vantagens fundamentalmente para o desenvolvimento profissional, o que é coerente com dados anteriormente analisados. A representação da categoria intensificou-se no momento pós formação (51,3%), embora sem diferença estatisticamente significativa, leva-nos a supor que a formação influenciou a atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família.

As respostas em relação à abordagem sistémica do cuidado à família, traduziram-se em <u>afirmações verbais das crenças</u> "… não tínhamos bem essa perceção" (E11), "… levou-nos mais a pensar e a refletir no modo como fazer as perguntas" (E14), "… deixou-nos despertos e abertos a ter uma abordagem diferente" (E11), "… acho que sim, influenciou e bastante, porque eu comecei a olhar para as famílias de modo diferente…" (E16) em <u>afirmações afetivas</u>, "… a abordagem sistémica permitiu-me tornar uma melhor pessoa um melhor enfermeiro" (E18), "acho que me tornei num melhor profissional"(E15) "… noto que fiquei um profissional mais competente" (E20), e mesmo em <u>afirmações verbais relacionadas com ações num nível comportamental</u>, "… a nível da prática, por vezes a gente

confundia o papel junto à família, e ao fim e ao cabo, com este projeto, com as formações (…) eu percebi melhor que o enfermeiro tem um papel de facilitador…" (E17), "… normalmente (…) eu cingia-me ao cuidado que prestava ao utente, olhava um pouco à família mas mais como meio de obter mais algumas coisas…" (E11).

As atitudes enfatizam assim que, por exemplo, um enfermeiro que utiliza a abordagem sistémica do cuidado à família acredita que o desempenho é importante para se tornar um melhor profissional e, por outro lado, valorizar essa forma de prática. Constata-se ainda que estas podem ser adquiridas, através da formação, pelo que reforça a hipótese de partida de que a formação influencia a atitude dos enfermeiros.

Na dimensão "Norma subjetiva", agregamos as unidades de registo que traduzem as crenças sobre os referentes específicos que apoiam a abordagem sistémica do cuidado à família bem como a motivação para aderir a eles. Deste modo surgiram duas categorias que nomeamos de "Referentes específicos" e "Motivação". No total das evocações registadas, esta dimensão foi a obteve menor peso percentual, para a perceção da abordagem sistémica do cuidado à família, 22,2 e 11,7, antes e após a intervenção respetivamente.

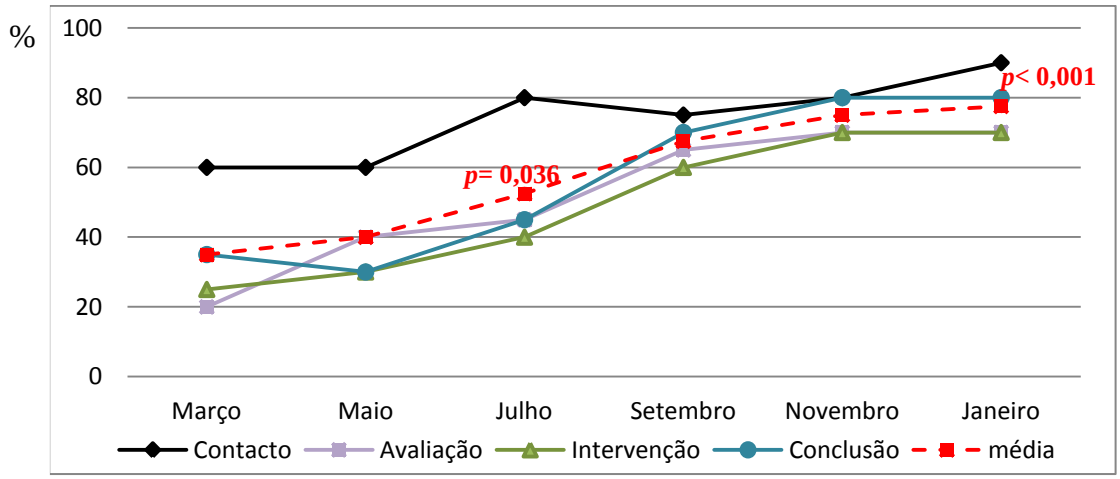
Os achados levam-nos a questionar a importância que a "Norma subjetiva" tem para a perceção da abordagem sistémica do cuidado à família e salientar a influência que as atitudes e a perceção do controlo do comportamento terão para a concretização da abordagem sistémica do cuidado à família.

Olhar a formação como variável interveniente em todo este processo de mudanças expresso quer ao nível das atitudes quer ao nível das crenças sobre a abordagem sistémica do cuidado à família, leva-nos à análise de algumas notas tiradas ao longo do trabalho de campo sobre o comportamento dos enfermeiros ao longo da consulta de enfermagem quando implementavam o MCAF e o MCIF (Wright & Leahey, 2009) e atendiam à família como a unidade de cuidados.

A observação do comportamento dos enfermeiros na consulta incidiu fundamentalmente sobre o modo como efetuaram a abordagem sistémica do cuidado à família ao longo das diversas etapas da mesma. A análise das notas de observação, norteada pelo guião orientador de uma abordagem sistémica do cuidado da família (Anexo IV) permite-nos identificar a média de comportamentos que os enfermeiros mais frequentemente assumem na entrevista com a família ao longo do tempo. No Gráfico 10, pode-se constatar que os mesmos sofreram uma evolução gradual ao longo do tempo. A diferença de proporções dos comportamentos observados no início e no fim do estudo foi altamente significativa (p <0,001).

Perante os dados apresentados conclui-se que a mudança ocorreu assim que teve início a intervenção educativa, todavia ela só se tornou significativa após quatro meses de intervenção (p = 0,036).

Gráfico 10 - Evolução média dos comportamentos dos enfermeiros, na consulta de enfermagem, ao longo do tempo.

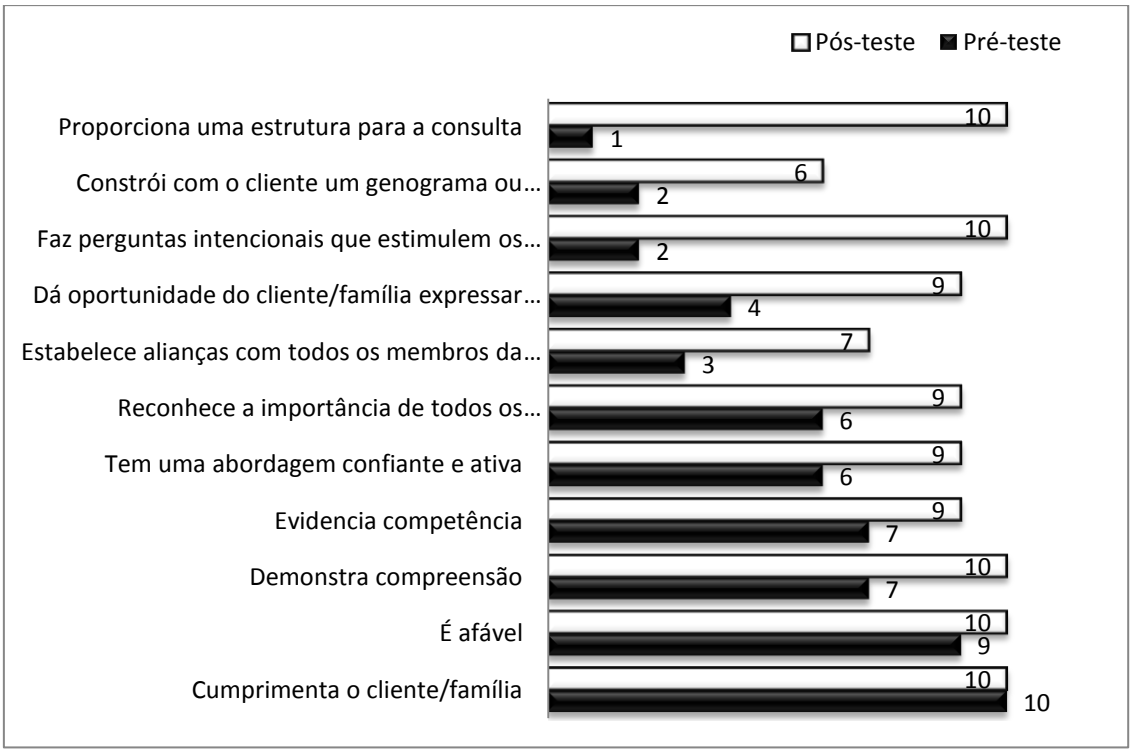


A análise dos comportamentos em cada uma das etapas da consulta antes e após a intervenção educativa ilustra as principais mudanças observadas.

A análise dos comportamentos em cada uma das etapas da consulta antes e após a intervenção educativa, ilustram as principais mudanças observadas.

O contacto, enquanto primeira etapa da consulta caracteriza-se pelo início da relação terapêutica (Wright & Leahey, 2009). O desenvolver de uma mútua aliança enfermeiro-família, é despoletada quando o enfermeiro cumprimenta a família, presta-lhe atenção, mostra-se curioso pela sua situação, deixando-a confortável e confiante. O registo dos comportamentos observados durante a primeira etapa da consulta - **Contacto** – (*Gráfico 11*), permite-nos constatar que no pré-teste, os comportamentos mais destacados na relação enfermeiro-família, são o *cumprimentar o cliente/família* (10) e o *ser afável* (9), tendência que se manteve no pós-teste.

Gráfico 11 - Comportamentos observados na consulta de Enfermagem – Contacto.



No início do estudo a maioria dos enfermeiros dirigia-se à porta do gabinete de consulta, chamava o cliente pelo nome e dirigia-se à secretária para dar atenção aos registos informáticos, ou preparar instrumentos a utilizar (aparelho de glicemia capilar, por exemplo). O cliente entrava, fechando a porta atrás de si e ao sentar-se na cadeira ao lado da secretária era cumprimentado afavelmente pelo enfermeiro. Comparativamente ao final do

estudo, estes comportamentos apresentam uma distinta abordagem. Como descreve um dos enfermeiros participantes:

> eu cumprimentava, mas não era costume esperar à porta, algumas vezes eu fazia, mas a maior parte das vezes não me levantava, eu ficava sentado. Agora eu estou mesmo sempre à porta para receber o utente, estou mesmo com a mão na porta, o utente entra e eu é que fecho, faço mesmo questão de fechar a porta e só depois dirijo-me para a secretária com ele (E13).

Após a intervenção comportamentos menos frequentes, como por exemplo a proporcionar uma estrutura par a consulta, bem como a construção do genograma e ecomapa, foram implementados. No final, uma média de 90% dos comportamentos esperados para esta etapa foram observados, contra os 60% observados no início do estudo. A diferença de proporções foi altamente significativa ($p <= 0,001$).

A segunda etapa da consulta – **Avaliação** – caracterizada pelo papel inquiridor que o enfermeiro desempenha com a finalidade de identificar as forças e os problemas da família de modo a não passar prematuramente para a etapa da intervenção. Nesta fase o enfermeiro, coloca em prática as suas habilidades comunicacionais, conduz a entrevista e interrelaciona toda a informação obtida redefinindo com a família o problema assim como o contexto de mudança mais adequado ao seu funcionamento cognitivo, afetivo e/ou comportamental.

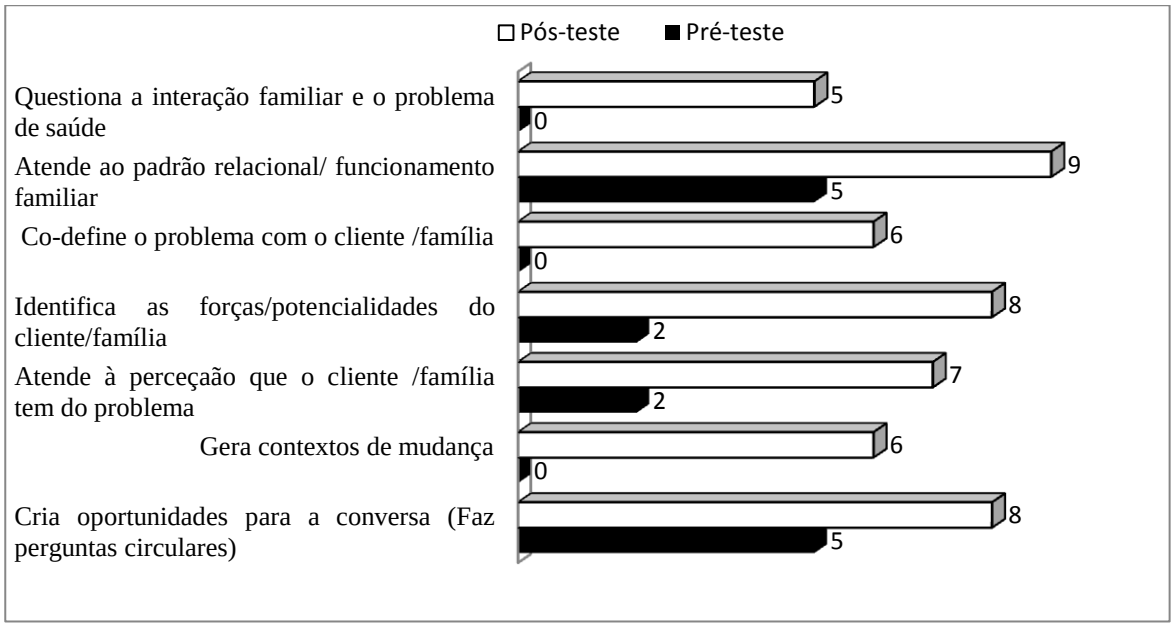
Na fase inicial do estudo (Gráfico 12) observou-se uma média de 20% de comportamentos esperados. Os comportamentos mais observados foram o "criar oportunidades para a conversa" (5) e o "atender ao padrão relacional/funcionamento familiar" (5).

Comparativamente os comportamentos observados no final do estudo, apresentam uma diferença altamente significativa ($p <= 0,001$).

De acordo com os participantes no estudo a postura na consulta modificou-se após a formação:

primeiro permitiu-me ver de outra maneira, ou com outros olhos, segundo permitiu-me encaminhar determinadas conversas que eu tinha com a família apercebendo-me melhor das situações, (…) a gente está numa entrevista com um utente/família e a gente às vezes canaliza muita a conversa para determinado ponto e afasta, às vezes, do essencial, daquilo que ela procura mais …(E17).

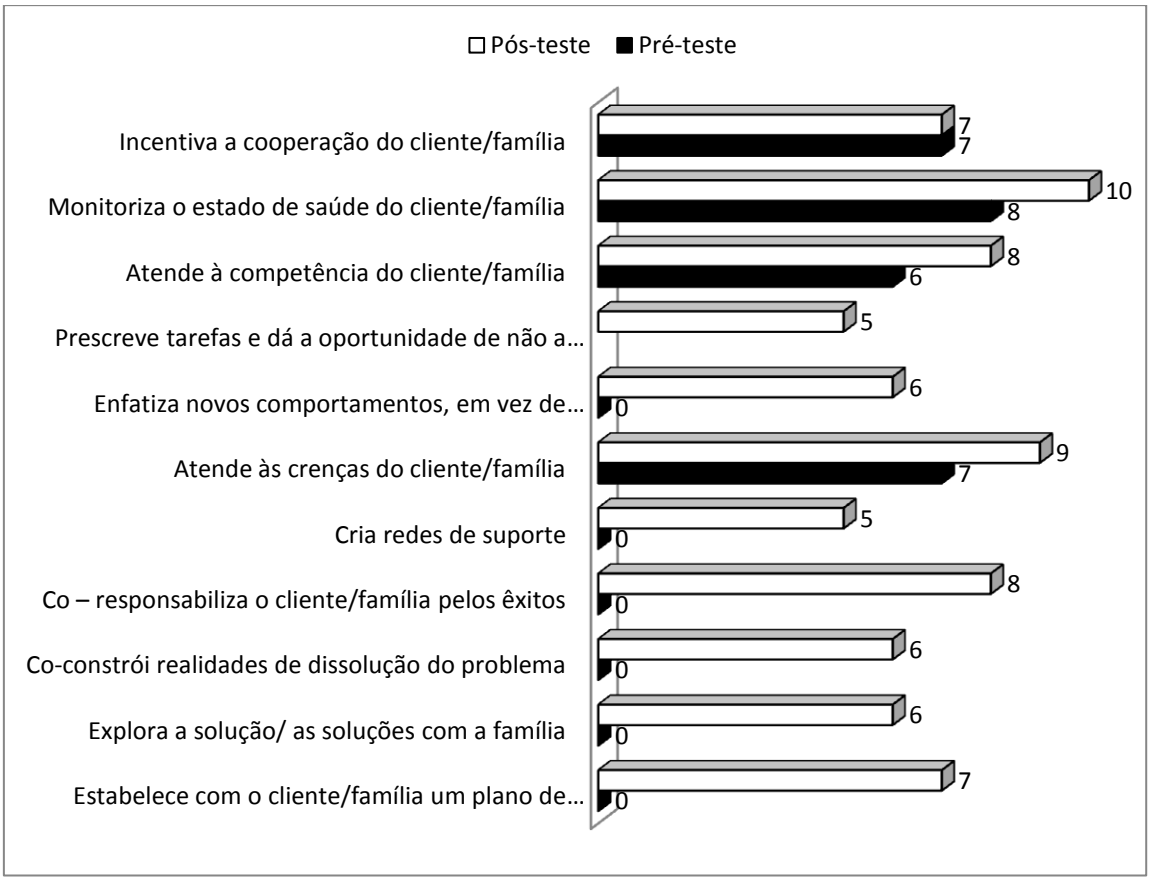
Gráfico 12 - Comportamentos observados na consulta de Enfermagem – Avaliação.



A fase da intervenção (*Gráfico 13*), a terceira etapa da consulta é caracterizada pela implementação dos contextos de mudança através de planos co- elaborados pelo enfermeiro e pela família (Wright & Leahey, 2009). Constituindo o núcleo do trabalho clínico com as famílias na opinião de muitos dos enfermeiros participantes no estudo, constatou-se que, os comportamentos mas frequentes na fase pré-teste eram a monitorização do estado de saúde do cliente (8), o incentivar a cooperação do cliente/família para o cuidado do elemento doente (7), atende às crenças do cliente/família (7) especialmente a quando das orientações. Nesta etapa do estudo, registaram-se 25% dos comportamentos esperados, contra os 70% observados na fase pós intervenção educativa.

Comparativamente, os comportamentos observados pós intervenção educativa (70%) distinguem-se significativamente dos observados na fase pré-teste (p < = 0,001).

Gráfico 13 - Comportamentos observados na consulta de Enfermagem – Intervenção.



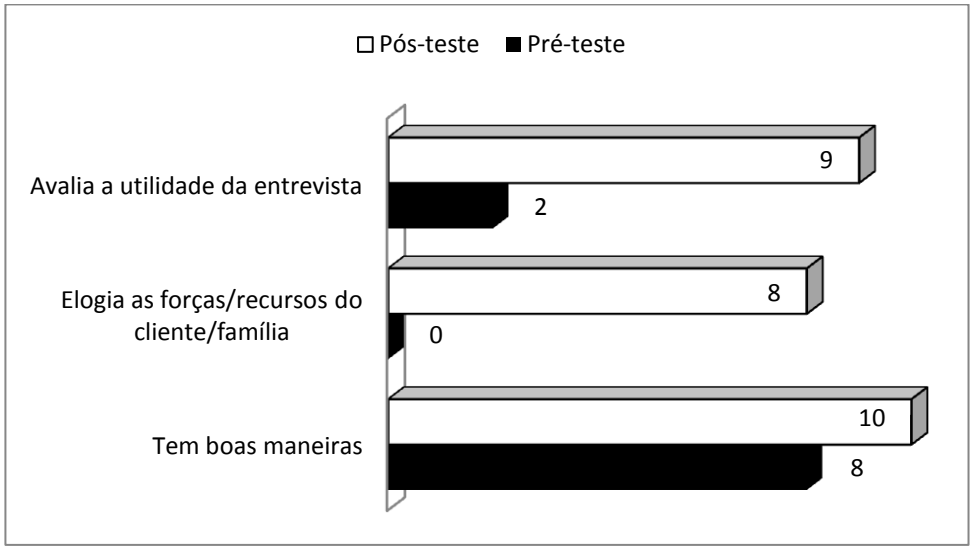
A conclusão da consulta, caracterizada pela fase da "pergunta pergunta" em que o enfermeiro valida a pertinência da consulta, bem como encoraja a família para a adoção de soluções viáveis, elogia-a e enfatiza as suas forças, constituiu a fase que revelou maior evolução de comportamentos desenvolvidos. Do total dos comportamentos observados na fase de pré-teste, apenas 35% corresponderam aos esperados para uma abordagem sistémica do cuidado à família.

No final do estudo, observou-se o desempenho de 80% dos comportamentos esperados, a diferença é altamente significativa, (p < = 0,001).

Pelo Gráfico 14 podemos ver que, no final do estudo, em qualquer etapa da consulta a maioria dos comportamentos satisfazem uma abordagem sistémica do cuidado à família. Todavia, observaram-se 30% de comportamentos não coincidentes com uma abordagem

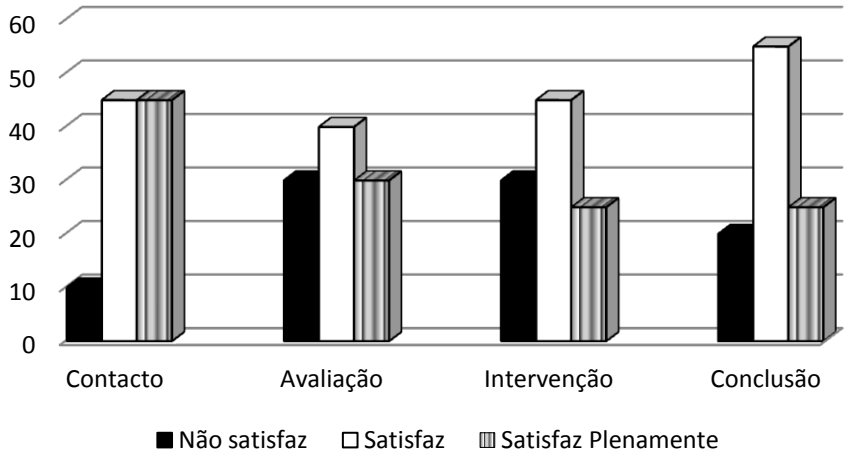
sistémica, na avaliação e na intervenção respetivamente. Este dado alerta para a necessidade de mudança nos comportamentos desenvolvidos.

Gráfico 14 - Comportamentos observados na consulta de Enfermagem – Consulta.



Em síntese (*Gráfico 15*), e avaliando a adequação dos comportamentos observados, no total das observações realizadas (120; 100%) de acordo com os referenciais sistémicos, conclui-se que 77,5 % dos comportamentos observados enquadram-se nesta perspetiva.

Gráfico 15 - Distribuição dos comportamentos observados ao longo da consulta de enfermagem consoante o nível de satisfação na abordagem sistémica do cuidado à família.



Acredita-se que a intervenção educativa teve influência para este resultado, como se constata pela citação seguinte:

> não estava habituado a trabalhar com enfermagem de família, estava habituado a trabalhar de uma certa maneira quase automática, a ver mais a problemática (…). Eu antes sentia …, sabe aquela situação de tentar controlar e orientar a conversa com utente de forma a ter uma abordagem sistémica, para mim isso antes era muito difícil. Eu não olhava a família como neste momento já me sinto a olhar (E12).

ou ainda:

> consegue-se ter a noção que o nosso trabalho se calhar é mais abrangente e mais efetivo, facilita muito a interação e no fundo a nossa intervenção passa a ser melhor. Acho que foi mais neste sentido, que me enriqueceu como pessoa e como profissional"(E16).

As evidências aqui relatadas, à semelhança do encontrado por outros autores (St. John & Rolls, 1996; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009) poderão se constituir propostas de formação para intensificar as habilidades dos enfermeiros para a abordagem sistémica do cuidado à família.

No sentido de compreender a relação entre atitude os comportamentos relacionados com a abordagem sistémica do cuidado à família, os estudos de correlação e regressão (Tabela 21) do comportamento em função da atitude evidenciam a existência de um peso mínimo da atitude sobre o comportamento ao longo das diferentes etapas da consulta de enfermagem.

Os resultados evidenciam (Tabela 21) uma correlação significativa entre a atitude ao nível da perceção crítica da prática e os comportamentos desenvolvidos na última etapa da consulta. À atitude mais favorável corresponde comportamentos segundo referenciais sistémicos.

Tabela 21 - Correlação da atitude com o comportamento do enfermeiro ao longo da consulta de enfermagem.

Spearman's rho		FNPS		
		Prática	Relação	Total
Contacto (Média)	***r***	- 0,064	0,078	0,018
	p	0,485	0,395	0,844
	N	120	120	120
Avaliação (Média)	***r***	- 0,052	0,067	0,022
	p	0,567	0,465	0,810
	N	120	120	120
Intervenção (Média)	***r***	- 0,040	0,031	-0,004
	p	0,662	0,739	0,963
	N	120	120	120
Conclusão (Média)	***r***	- 0,218*	0,027	-0,054
	p	0,017	0,769	0,557
	N	120	120	120

* Correlação significativa

Pelo facto de não se terem evidenciado correlações significativas da atitude ao longo das outras etapas da consulta, os resultados confirmam o conhecimento de que as atitudes não são as únicas determinantes do comportamento e reforçam a ideia que a mudança de comportamentos observada terá sido influenciada por outras variáveis, nomeadamente a perceção do controlo comportamental, o reconhecimento do papel pela família, naturalmente influenciadas pela intervenção educativa.

Pelos coeficientes de determinação verifica-se que a atitude, ao nível da perceção crítica da prática explica 0,1% da variação dos comportamentos que ocorrem ao nível do contacto e 3,6% ao nível da conclusão da consulta. Já a atitude relacionada com a subescala relação enfermeiro-família explica 0,2 % da variância dos comportamentos na etapa de avaliação e conclusão respetivamente. A atitude face à prática de enfermagem de família, total, explica 0,1 % da variância de comportamentos observados na etapa da avaliação e 1,2% na etapa da conclusão.

O estudo de regressão registou um coeficiente significativo (p = 0,037) ao nível da conclusão da consulta.

Apesar da fraca influência encontrada entre as duas variáveis considerou-se de interesse o seu conhecimento para a compreensão do fenômeno em estudo.

2. A PERCEÇÃO DA FAMÍLIA SOBRE O CUIDADO DE ENFERMAGEM

No contexto da atual investigação a família (Tabela 14) é apresentada como obstáculo à prática da enfermagem de família. Paradoxalmente após a intervenção formativa - abordagem sistémica ao cuidado da família, apresenta um peso de 55,6% na representação de que a família é impedimento para o desenvolvimento da prática de enfermagem de família. As razões relacionadas com "… a dificuldade de alguns familiares/clientes/elementos do agregado familiar recorrerem ao centro de saúde" (E11; E15; E18, E19 e E20), ou ainda que "… nem todos os membros da família se encontram disponíveis para trabalhar connosco" (E15; E18 e E19), levam-nos a refletir na perceção da família sobre o cuidado de enfermagem.

O comportamento das pessoas é baseado na interpretação que fazem da realidade e não na realidade em si (Maturana & Varela, 2005). Por este motivo, a perceção do mundo é diferente para cada um de nós, cada pessoa percebe um objeto ou uma situação de acordo com os aspetos que têm especial importância para si. O reconhecimento pela família do cuidado de enfermagem, apresenta-se como um motivo que poderá interferir na relação enfermeiro-família influenciando o crédito das intervenções que têm como foco a complexidade do sistema familiar (Centa, Albuquerque & Arcoverede, 2004).

Para a análise dos discursos das famílias sobre a intervenção de enfermagem, recorreu-se à categorização *a priori* de *Cuidado de enfermagem* (OE, 2004). Da análise dos discursos face à abordagem sistémica do cuidado à família (Anexo XII) antes e após a formação, surgiram as categorias "Relação interpessoal", "Relação terapêutica"; e "Competência".

Para a representação que a família faz dos cuidados de enfermagem enfatiza-se especialmente a categoria "Relação interpessoal" com um percentual de 54,6 e 59,3 respetivamente antes e após a experiência da intervenção sistémica (Tabela 22)

Tabela 22 - Perceção da família sobre cuidado de enfermagem:
Categorização e unidades de enumeração.

Categoria	Subcategorias	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
Relação interpessoal	Características pessoais	12	27,3	17	26,5
	Acolhimento	12	27,3	21	32,8
	Subtotal	**24**	**54,6**	**38**	**59,3**
Relação terapêutica	Comunicação	8	18,2	7	10,9
	Bem-estar individual	4	9,1	8	12,5
	Bem-estar da família	3	6,8	9	14,1
	Subtotal	**15**	**34,1**	**24**	**37,5**
Competência	Formação	3	6,8	1	1,6
	Experiência	2	4,5	1	1,6
	Subtotal	**5**	**11,3**	**2**	**3,2**
	Total	**44**	**100,0**	**64**	**100,0**

A análise global dos achados aponta as *características pessoais* dos enfermeiros, bem como o *acolhimento* que lhes é feito, como mais-valias desta relação. No início do estudo, o estar disponível, atento, ser simpático honesto e humilde representa 27,3% do total das asserções que representam o cuidado de enfermagem. Por outro lado, ao nível do *acolhimento*, obteve-se igual percentual, e salienta-se a opinião positiva que seis famílias (60%) têm. Todavia com um sentido menos positivo surgiu a unidade de registo "… eles perguntam e eu respondo (…) comigo tem sido assim: Olá. Está boa! Tem passado bem? Como vai isso? Vamos ver isso como está? Mas para a gente se pôr no paleio, não. Isso nunca dá. E eles também não estão para aturar a gente! Já viu tanta de gente…"(EF03), reforçando deste modo a importância da relação interpessoal .

Sem diferença significativa nas proporções das unidades de enumeração no pós-teste, constata-se que a subcategoria *acolhimento* foi a mais pontuada. As famílias (10; 100,0%) dizem ser bem atendidas, " … nunca tive uma consulta assim…" (EF11).

A *relação terapêutica*, estabelecida no âmbito do cuidado de enfermagem, é a segunda com maior peso no total das unidades de enumeração (15; 34,1% e 24; 37,5%) e é representada fundamentalmente pelos conceitos de "Bem-estar individual", "Bem-estar familiar" e "Comunicação".

A subcategoria "Comunicação" surge nesta categoria de inicio com o maior peso percentual (18,2%), mas no fim do estudo é a subcategoria "Bem-estar da família" que assume a dianteira, com um percentual de 14,1. No pós-teste as famílias percecionam que os enfermeiros ajudam muito pelo conversar (7; 70%).

Os achados levam-nos a refletir no sentido de parceria estabelecida com o cliente. No discurso dos elementos da família a interação terapêutica é interpretada fundamentalmente em benefício da pessoa doente. Repare-se, na tabela acima, que no início do estudo três famílias evocam o "Bem-estar da família". Quando se questiona diretamente quem fica beneficiado com o cuidado de enfermagem, as respostas:

> eu venho aqui, por causa da minha mãe …como eu vim, eles também nunca me fizeram essas perguntas e também não dá para eu… por exemplo cheguei aqui, fui com a enfermeira … não tenho aquela coisa logo de conversar com ela. Ela não faz perguntas ela não faz nada, nada isto é, a respeito das perguntas, sim como estamos aqui a conversar. Eles não fazem. E não me dá jeito chegar aqui, falar da minha doença, falar … não me dá jeito…(EF03)

ou "ajuda-me a mim em princípio…" (EF015), reforçam a ideia de que o cuidado não é valorizado para outros elementos que não seja o cliente com doença crónica, o que mais beneficia. Este achado não reforça de todo a abordagem sistémica do cuidar à família, até por que muitas das vezes na família quem mais sofre não é o elemento que tem a doença crónica diagnosticada, (Wright & Bell, 2009).

No final do estudo, a maioria das famílias (9; 90%) evoca o “Bem-estar da família” como representante do cuidado de enfermagem. Este achado enquanto tradução da relação terapêutica enfermeiro-família vem confirmar que a formação tornou visível o modo de abordar a família no cuidado. Este poderá constituir-se um indicador de que a formação torna visível o trabalho dos enfermeiros com a família. Acreditamos, pois, que a articulação entre enfermeiros, da prática e das escolas, e decisores políticos na área da saúde, poderiam criar condições de formação e prática da abordagem sistémica da família a assim tornar mais clara a intervenção do enfermeiro de família no contexto dos profissionais da saúde.

Por outro lado, salienta-se a fraca representação que as subcategorias “Formação” e “Experiência” têm na perceção do cuidado de enfermagem. Provavelmente esta seja a área de maior desconhecimento sobre o poder do cuidado de enfermagem. A imagem tradicional dos enfermeiros como competentes apenas em tarefas que são delegadas pelos médicos (Schober & Affara 2001), ainda permanece em alguns dos discursos das famílias, “… eles têm curso de enfermeiros, não sabem como o médico.” (EF05), “… não sei o que eles sabem…”(EF10), “… pronto quando é para dar injeções e isso tudo, …” (EF03) ou ainda “ … ah... não conto tudo a qualquer um, eles são todos bonzinhos, mas … não”(EF07).

Os achados quando comparados à teoria revelam uma falta de clareza sobre a competência do enfermeiro de família, levando-nos a identificar o desconhecimento que os participantes têm do conceito *cuidado de enfermagem*. Poderá estar relacionado com este achado, a própria família se constituir um obstáculo à prática de enfermagem de família. Ela não reconhecendo a competência do enfermeiro na família não dá crédito à sua intervenção e por isso não o procura.

Em síntese, faz todo o sentido a implementação de estratégias de *marketing* junto às comunidades, promovendo o papel do enfermeiro de família como profissional habilitado e competente para zelar pela saúde da família e do indivíduo simultaneamente (Wright & Leahey, 2009; Duhamel & Dupuis, 2011).

CAPÍTULO IV

ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

A evidência de um hiato teórico-prática ao nível das profissões da saúde colocou nas estratégias de transferência de saberes um foco de interesse e investigação. (Braun & Foster, 2011; Duhamel & Dupuis, 2011; Graham, 2006; Légaré, 2009 et al, Majdzadeh et al, 2008; Pentland et al, 2011; Tseng et al, 2006). A constatação que o conhecimento gerado pela investigação é negligenciado nestas áreas, tem aumentado os estudos sobre as barreiras e os fatores facilitadores do uso da investigação na prática.

As intervenções de enfermagem com a família, cujo objetivo final é ajudar a família a descobrir novas soluções e a reduzir o seu sofrimento emocional, físico e espiritual (Wright & Leahey, 2002) é uma destas áreas (Duhamel & Dupuis, 2011; Duhamel & Talbot, 2004).

O presente capítulo apresentará os contributos que uma intervenção educativa com um grupo de enfermeiros, num contexto de cuidados primários de saúde, deu para a abordagem sistémica do cuidado à família.

1. ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: REALIDADE OU FIÇÃO?

Cuidar da família de uma forma holística exige uma mudança de paradigma e consequente mudança de atitude profissional. As organizações e os profissionais necessitam de mudar os seus padrões de funcionamento para se ajustarem a este desiderato.

Como qualquer processo de mudança, também este constitui um desafio difícil de alcançar em muitos contextos da prática clínica. Teoricamente assume-se que a família é a unidade de cuidados, (ICN, 2002; OMS, 2002) mas na prática o cuidado distributivo por cada um dos seus elementos ainda é o padrão (Duhamel & Dupuis, 2004; Figueiredo, 2009; Freitas, 2008). Representações associadas à componente relacional do papel do enfermeiro e as suas crenças parecem ser os maiores desafios que envolvem a prática da abordagem sistémica do cuidado à família em muitos locais do mundo (Duhamel & Dupuis, 2011; Simpson & Tarrant, 2006; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009).

O aparecimento de modelos bem como guias para estruturar conceptualmente e orientar a prática de enfermagem de família têm procurado facilitar a compreensão e o desenvolvimento desta prática (Bomar, 2004, Friedman, Bowden & Jones, 2003; Figueiredo, 2009; Hanson et al, 2005; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009). Contudo, a maioria deles derivados de uma abordagem pós-moderna, não contemplam regras ou protocolos com procedimentos para a sua aplicação.

No paradigma sistémico, o conhecimento não representa a verdade absoluta, ele é consequência da nossa construção social do mundo, pois produzimos a realidade que vemos (Morin, 2004). Neste sentido, face à abordagem sistémica do cuidado à família, os enfermeiros persistentemente enfrentam dúvidas e incertezas, tanto na escolha como na implementação das intervenções de enfermagem (Duhamel & Dupuis, 2011). Naturalmente,

a perceção de falta de controlo sobre o comportamento (Ajzen, 1985, Fishbein & Ajzen, 2010) poderá dificultar o seu desempenho e afastar o indivíduo da ação.

No contexto em estudo, cuidados de saúde primários, a existência do guia de boas práticas para o trabalho com as famílias, suportado no MCAF e MCIF de Wright e Leahey (2009), não foi suficiente para despoletar e manter a prática de enfermagem de família. Alegações à sobrecarga de atividades, contenção económica e escassez de recursos humanos, à semelhança do encontrado por outros autores (Duhamel & Talbot, 2004; Wright & Leahey, 2009), representam alguns dos obstáculos ao trabalho com as famílias. Um estudo desenvolvido por Duhamel e colaboradores (2009), demonstra ainda que os enfermeiros da prática necessitam de educação sobre a abordagem do sistema familiar e salienta os benefícios da supervisão clínica para o desenvolvimento de competências sobre a entrevista com as famílias.

Contudo, antes dos enfermeiros mudarem o seu comportamento "… devem primeiro alterar ou modificar as suas crenças no que se refere ao envolvimento da família nos cuidados de saúde" (Wright & Leahey, 2002, p 259). As crenças no processo de saúde-doença como um assunto da família, é a chave para a mudança de comportamentos e o motivo para levar os enfermeiros a atualizar conhecimentos sobre a abordagem sistémica do cuidado da família.

Porque as crenças do indivíduo influenciam o comportamento (Fishbein & Ajzen, 2010), pareceu-nos fundamental uma intervenção educativa sobre a abordagem sistémica do cuidado à família que fosse mobilizadora das crenças dos enfermeiros. Acreditamos que quanto mais favoráveis forem as atitudes e as crenças em relação a um comportamento e quanto maior for a perceção de controlo desse comportamento, mais forte será a intenção do indivíduo para realizá-lo.

Consciente de que as intenções não bastam para que o comportamento aconteça, acredita-se na intervenção educativa, como um mediador que facilita a prontidão para o

comportamento baseado na evidência da enfermagem de família (Bomar, 2004, Friedman, Bowden & Jones, 2003; Figueiredo, 2009; Hanson et al, 2005; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009).

A introdução da evidência na prática clínica (Holleman et al., 2006), todavia, envolve um processo de seis etapas, nomeadamente: a avaliação da necessidade de mudança, a sinalização das intervenções problema e os resultados, a apresentação da síntese da melhor evidência, a proposta do projeto de mudança, a implementação e avaliação da prática, e a integração e manutenção da mudança.

Determinada a necessidade de mudança, pela direção de enfermagem e pelos próprios enfermeiros, o estudo aqui relatado foi conduzido para aumentar a nossa compreensão sobre o efeito de um programa educativo sobre a abordagem sistémica do cuidado à família, a enfermeiros da prática clínica e deste modo, contribuir para o aumento do conhecimento sobre estratégias para a transferência de saberes, da teoria para a prática da enfermagem de família.

1.1 QUE ATITUDE QUE COMPORTAMENTO?

Atualmente, os centros de saúde como unidades funcionais do sistema de saúde Português, através das unidades de saúde familiar, proporcionam aos enfermeiros oportunidades excelentes para o trabalho com as famílias. Dos anos 70 a esta parte, assiste-se a um esforço de organização e estruturação das políticas de saúde em prol da saúde da família (PNS, 2004; PNS, 2010), aliás acompanhando a tendência mundial (OMS, 2000, 2002).

Famílias oriundas de classes sociais diferentes, com níveis culturais distintos e variadas experiências de doenças agudas ou crónicas procuram os cuidados dos enfermeiros, a maior parte das vezes a partir das necessidades de saúde de um dos seus membros.

A *cada família um enfermeiro* (OE, 2002a) constitui uma imagem, transferida pelo órgão que regulamenta a profissão de enfermagem em Portugal aos cidadãos em geral, que

apadrinha o conceito de enfermagem de família, ainda que fundamentalmente nos cuidados de saúde primários.

Os enfermeiros integrados em equipas multidisciplinares são desafiados a envolver a família nos cuidados e a promover o bem-estar da família como um todo (Wright & Leahey, 2009; PNS, 2004, 2010; Svavarsdottir, 2006). Todavia o envolvimento da família nos cuidados enfrenta ainda alguns constrangimentos, desde a formação à prática (Benzein et al, 2008; Duhamel & Talbot, 2004; Figueiredo, 2009; Goudreau, Duhamel & Ricard, 2006; Simpson & Tarrant, 2006; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009). A visibilidade do papel do enfermeiro com a família não está clara, e existe um fosso entre a teoria e a prática, pelo que a investigação sobre estratégias que facilitem a aplicação da evidência na prática clínica urge (Duhamel & Dupuis, 2011; Henderson, 2002; Majdzadeh, 2008; Kok, 2011; Pentland et al, 2011; Tsai & Tsai, 2005; Wensing, 20011).

Neste contexto, os achados abaixo mencionados reforçam o conhecimento já adquirido e constituem-se fatores de dificuldade no desempenho da abordagem sistémica do cuidado à família:

- ✓ a conceptualização de enfermagem de família centrada no que os enfermeiros fazem;
- ✓ a perceção crítica da prática, sobretudo à custa da falta de conhecimentos sobre a enfermagem do sistema familiar, a baixa confiança e conforto na prática de enfermagem de família;
- ✓ a atitude menos favorável ao trabalho com a família nos mais novos, com menos anos de profissão e menor desenvolvimento profissional;
- ✓ a perceção de uma autoeficácia baixa ou seja a crença na dificuldade em desempenho deste tipo de abordagem;
- ✓ a crença de que as pessoas com maior poder na instituição não valorizam este tipo de prática.

No trabalho com as famílias, *as representações* que os enfermeiros têm da *enfermagem de família* permitem não somente a definição da imagem profissional, mas constituem igualmente um instrumento de orientação, de perceção das situações e de

elaboração de respostas efetivas mais comuns. A relação de ajuda insinua-se como conceito definidor do paradigma do cuidar, quando os enfermeiros falam em enfermagem de família, levando-nos a concluir que o cuidado assente numa filosofia humanista (Watson, 1999), é visto como o foco central e essencial à enfermagem de família.

Os achados indicam, no entanto, a necessidade de uma mudança conceptual mais consistente com a abordagem sistémica do cuidado da família. O cuidado à família lembrado com recurso ao que os enfermeiros fazem, como vimos no capítulo III, designação conceptual defendida por "um cuidar centrado nas ações dos enfermeiros" (Basto & Portilheiro, 2003), no nosso entender é revelador de um conhecimento limitado para o trabalho com a família, onde múltiplos processos e dinâmicas ocorrem simultaneamente. De acordo com Wright e Leahey (2009) defendemos a conceptualização de um cuidar centrado na relação enfermeiro-família. Para o efeito as teorias ou modelos conceptuais integrativos permitem uma construção do cuidado adequado à complexidade da família (Friedman, Bowden & Jones, 2003; Hanson et al, 2005; ICN, 2002; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009).

A *perceção de uma prática* pouco efetiva no trabalho com as famílias, referida pela maioria dos enfermeiros, nomeadamente no que se refere ao conhecimento da enfermagem do sistema familiar e nas metodologias de avaliação e intervenção com a família, reforçam os resultados apresentados em outos estudos (Duhamel & Dupuis, 2011; LeGrow & Rossen, 2005; Simpson e Tarrant, 2006) e leva-nos a confirmar a ideia de que trabalhar com as famílias exige competências específicas que o contexto académico não possibilita. De acordo com a análise pré-teste efetuada, como vimos no capítulo anterior, os enfermeiros participantes no estudo apresentaram uma atitude favorável, de nível médio, ao trabalho com as famílias numa perspetiva sistémica. Este perfil está no entanto marcado por uma perceção crítica da prática de nível inferior à perceção da relação enfermeiro–família. Estes dados levam-nos a supor que os enfermeiros não acreditam no seu papel de intervenção com

a família. Á semelhança dos dados encontrados por Duhamel, Dupuis e Wright (2009) os enfermeiros do estudo identificam as dificuldades na prática, separadas dos aspetos relacionais do cuidado, mas estes últimos, não evidenciam a maior dificuldade. Tal como o encontrado no estudo de Simpson e Tarrant (2006), a perceção da relação enfermeiro-família é mais elevada que a perceção crítica sobre a prática de cuidados à família.

A atitude dos enfermeiros mais velhos, com mais tempo de profissão e maior desenvolvimento profissional, mostrou-se mais favorável à prática da enfermagem de família. Nos estudos consultados não encontramos evidências desta relação direta (Duhamel & Dupuis, 2011; Figueiredo, 2009; LeGrow & Rossen, 2005; Simpson & Tarrant, 2006), pelo que os dados suscitam a seguinte discussão.

Por um lado, a literatura aponta que os enfermeiros mais novos têm menos habilidades para trabalhar com a família ao nível do sistema familiar, ou que é necessário formação especializada para trabalhar a este nível (Bell, 2008; Hanson et al, 2005; Whyte, 2005), levanta a questão da preparação necessária para o trabalho com as famílias, e da atenção que as escolas e a prática clínica deve colocar no desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Atualmente, estudos com estudantes de enfermagem têm revelado que estes quando devidamente interessados e instruídos são capazes de intervir na família como um sistema (Wright & Leahey, 2009). Por outro, a ideia de que a prática da enfermagem de família é influenciada pelas crenças dos enfermeiros (Duhamel & Dupuis, 2011; Wright & Leahey, 2009), encontra nestas evidências um forte argumento para estudo.

Será que a alteração nas crenças resulta em mudança do comportamento do enfermeiro face ao trabalho com as famílias, independentemente da idade, do tempo de profissão e desenvolvimento profissional?

No decurso do estudo, avaliar o impacto de uma intervenção educativa sobre a abordagem sistémica do cuidado à família na prática do enfermeiro, a introdução da questão anterior mostrou-se oportuna.

Que fatores medeiam a intervenção educativa e a abordagem sistémica do cuidado à família?

Pesquisas sobre a influência das crenças dos indivíduos para a adesão a determinados comportamentos (Ajzen & Fishbein, 2005, Calmeiro & Matos, 2004, Culos-Reed, Gyurcsik & Brawley, 2001, Fishbein & Ajzen, 2010; Matos & Sardinha, 1999) mostram-se úteis para a compreensão dos fatores que influenciam a intenção dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família.

Segundo a teoria do comportamento planeado (Fishbein & Ajzen, 2010), as variáveis atitude, norma subjetiva e perceção do controlo do comportamento habitualmente explicam a maioria da variância da intenção comportamental e dos comportamentos observados.

Numa perspetiva pré intervenção educativa (Figura 17), os resultados evidenciam que a idade, o tempo de profissão e o desenvolvimento profissional influenciam moderadamente a atitude dos enfermeiros face à intenção de envolver a família no cuidado segundo uma perspetiva sistémica.

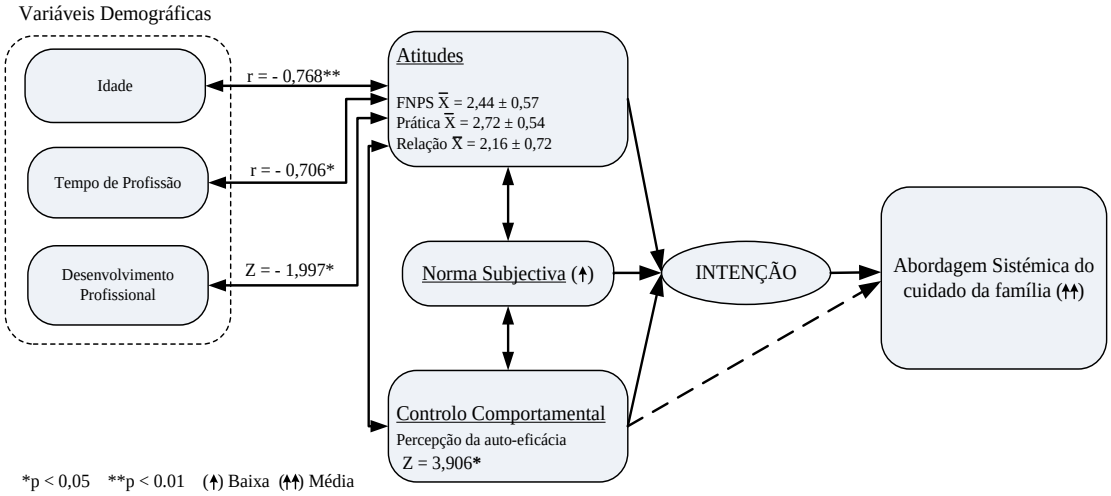


Figura 17 - Fatores que influenciam a intenção para a abordagem sistémica do cuidado à família (Pré-teste).

Verificou-se também a influência que as crenças sobre o controlo comportamental, a perceção de autoeficácia no sentido que lhe imprime Bandura (2008), têm sobre a atitude e diretamente sobre o comportamento (Fishbein & Ajzen, 2010). Deduz-se, por um lado, que

os enfermeiros que acreditam que têm capacidades e oportunidades para a abordagem sistémica do cuidado à família terão forte probabilidade de realizar o comportamento, por influência direta no mesmo. Por outro lado, a perceção das dificuldades do desempenho na abordagem sistémica do cuidado à família, que foi superior (35,8%) a qualquer outra representação, como podemos constatar na Tabela 14 leva-nos a supor que os que percecionam falta de recursos ou oportunidades terão menor probabilidade de formar intenções comportamentais para a sua realização, independentemente de manterem atitudes favoráveis em relação ao comportamento (Fishbein & Ajzen, 2010).

Finalmente, aquando da análise da perceção dos enfermeiros sobre a norma subjetiva, verificou-se que a atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família não se diferenciou por estas crença, como vimos no capítulo anterior. Pelo que se prevê uma baixa influência na intenção de efetuar o comportamento.

Identificou-se assim, que a atitude do enfermeiro e o controlo sobre o comportamento percecionado constituem-se dois importantes mediadores para a abordagem sistémica do cuidado à família, pelo que redefinimos a tese de partida.

Dos resultados pré-teste emergiram as seguintes hipóteses:

1. Quanto mais elevada for a idade mais favorável será a atitude para a abordagem sistémica do cuidado à família;
2. Quanto mais elevado for o tempo de profissão mais favorável será a atitude para a abordagem sistémica do cuidado à família;
3. Quanto mais elevado for o desenvolvimento profissional mais favorável será a atitude para a abordagem sistémica do cuidado à família;
4. Quanto mais a atitude for favorável à abordagem sistémica do cuidado à família mais elevada será a intenção para o comportamento;
5. Quanto mais elevada for a perceção do controlo comportamental mais favorável será a atitude e elevada será a adesão à abordagem sistémica do cuidado à família.

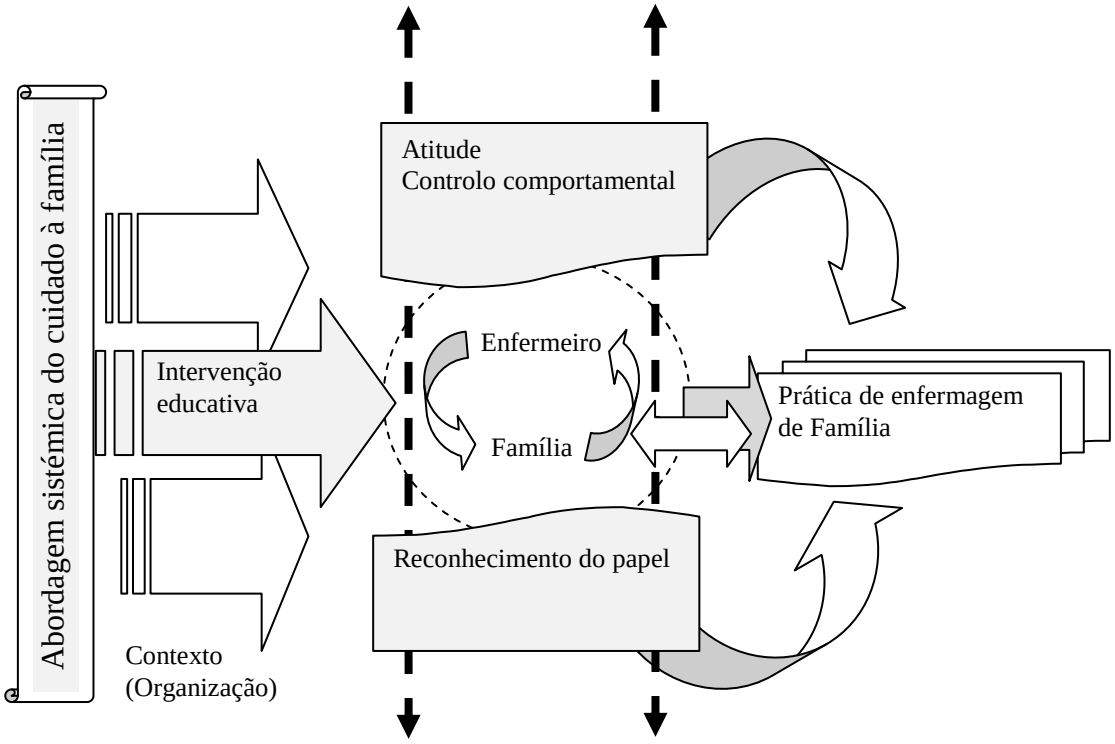


Figura 18 - Influência da intervenção educativa na prática de enfermagem de família.

A análise dos resultados após a intervenção educativa apresenta-nos um grupo com atitude face à abordagem sistémica do cuidado à família num nível crescente (Média/alta), especialmente diferente ao nível da perceção crítica da prática (p= 0,01) e do controlo comportamental percecionado (p < 0,05) (Figura 19).

A evidência da diferença leva-nos a reconhecer o impacto da formação, nos mediadores que influenciam o comportamento, como sendo a atitude e o controlo comportamental, Os dados confirmam a nossa hipótese de partida: A intervenção educativa influência a atitude dos enfermeiros predispondo-o para o comportamento. Os resultados evidenciam uma diferença estatisticamente significativa ao nível da perceção crítica da prática, fundamentalmente através do conhecimento sobre enfermagem do sistema familiar (Z= -2,232; p = 0,023).

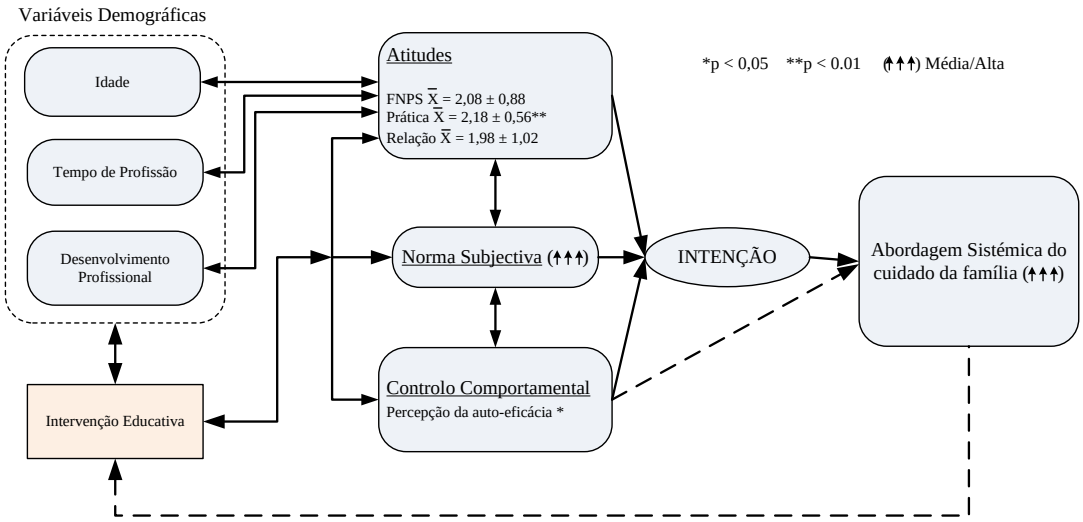


Figura 19 - Fatores que influenciam a intenção para a abordagem sistémica do cuidado à família (Pós-teste).

Identificou-se ainda um efeito dissuasor da intervenção educativa sobre as variáveis demográficas, idade, tempo de profissão e desenvolvimento profissional. Após a intervenção educativa a atitude dos enfermeiros não apresenta diferenças associadas às variáveis referidas. Estes dados, por um lado confirmam que a intervenção educativa fortaleceu a atitude do enfermeiro predispondo-o para a abordagem sistémica do cuidado da família e por outro, vem confirmar que a atitude para a abordagem sistémica do cuidado à família é independente da idade, tempo de profissão e desenvolvimento profissional mas dependente da intervenção educativa, pelo que se rejeitam as hipóteses 1, 2 e 3 elaboradas ao longo do estudo.

Comparativamente ao estudo de Simpson e Tarrant (2006) identificou-se uma diferença significativa entre grupos (Z= -2,803; p = 0,005). Perante os dados evidencia-se que os enfermeiros do estudo comparativamente aos do Hospital Psiquiátrico em Hong Kong têm atitudes mais favoráveis à abordagem sistémica do cuidado da família. Apesar da relatividade desta comparação, ela transmite-nos a ideia de uma prontidão para a ação, ou seja de uma predisposição favorável para a abordagem sistémica do cuidado à família distinta de um contexto para outro.

Os estudos de correlação e regressão do comportamento em função da atitude, os resultados evidenciaram a existência de um peso impercetível da atitude sobre os comportamentos. A atitude ao nível da perceção crítica da prática explica 3,7% dos comportamentos observados ao longo da consulta de enfermagem. Todavia, consideramos pertinente persistir neste tipo de estudo. Sugere-se que réplicas sejam realizadas em outros contextos.

O quê e como se ensina o envolvimento da família nos cuidados?

Perante estes resultados parece-nos provável que a formação sobre a abordagem sistémica do cuidado à família nos curricula do primeiro ciclo do curso de enfermagem, prepararia os jovens enfermeiros para o trabalho com as famílias nos seus primeiros anos de profissão. Todavia, considerada a limitação deste estudo, em extrapolar os resultados para outros contextos, considera-se essencial fazer mais pesquisa nesta área.

Apesar do sucesso internacional que o ensino da enfermagem de família tem na academia e na prática (Bell, 2010; Duhamel & Dupuis, 2011) desde 1980, existem ainda muitos enfermeiros que não reconhecem as melhores práticas para o cuidado da família. Em Portugal, constata-se um cenário semelhante. Figueiredo (2009) identificou que os conteúdos sobre enfermagem de família em cinco escolas do país eram praticamente inexistente ou existiam de forma pouco sistematizada. Subescreve-se a opinião de Duhamel e Dupuis (2011) sobre a necessidade de se entender melhor este fenómeno. Segundo as autoras, "… devemos tentar entender melhor como as estratégias educacionais em enfermagem de família afetam a prática atualmente" (Duhamel & Dupuis, 2011, p56).

De volta aos dados e à análise do impacto da intervenção educativa sobre a atitude, norma subjetiva e controlo comportamental, constatou-se uma influência estatisticamente significativa sobre o controlo comportamental especificamente ao nível das crenças na capacidade para desempenhar o comportamento. Ao nível da perceção de dificuldades para envolver a família nos cuidados, a diferença de proporções entre o pré e pós-teste

evidenciou uma diferença estatisticamente significativa (p = 0,032). A mudança observada após a formação enfatiza um aumento das crenças sobre as facilidades no desempenho da abordagem, pelo que é esperado que os participantes adiram mais facilmente ao comportamento percecionado. Considera-se que as metodologias educativas aplicadas, ao assegurar a transferência de informação e proporcionar o treino de competências aumentaram o poder de controlo e promoveram a adesão ao comportamento (Conner & Spark, 1996). Este achado evidencia que a formação atenua as dificuldades percecionadas face à abordagem sistémica da família e predispõe para o comportamento, pelo que se confirma a hipótese elaborada ao longo do estudo que quanto mais elevada for a perceção do controlo comportamental mais favorável será a atitude e elevada será a adesão à abordagem sistémica do cuidado à família.

Concluímos assim que o ambiente persuasor da abordagem sistémica ao cuidado à família, criado pelas estratégias de formação implementadas, intensificou as crenças de autoeficácia e motivou os enfermeiros para o desempenho.

Perspetivou-se, no grupo em estudo, a existência de vontade própria para o comportamento. Os enfermeiros apresentam uma atitude favorável ao trabalho com as famílias porque querem e acreditam que a abordagem sistémica do cuidado à família traz benefícios para a sua realização, valorização e desenvolvimento profissional. De tal modo que aquando das conversas sobre os obstáculos à abordagem sistémica do cuidado à família, e sobre o que seria necessário para manter a adesão ao comportamento, os enfermeiros afirmam que isso depende exclusivamente deles, que o único obstáculo à abordagem sistémica do cuidado à família é o interesse do enfermeiro.

Somos da opinião que este princípio, a norma ser a vontade do enfermeiro tem alguns riscos. Podemos dizer mesmo que se trata de um desabafo próprio da *Lua de mel*. Sugere-se, de acordo com Kok (2011) um plano de acompanhamento das práticas, discussões de caso por exemplo, nos cinco anos seguintes, a fim de assegurar-se a fase de

manutenção do processo de mudança. Julgamos até que esta é uma oportunidade de manter a articulação *teoria - prática – investigação* ativa.

A investigação demonstrou ainda, que a intervenção educativa facilitou a identificação da norma institucional expressa para a prática da enfermagem de família. Na nossa interpretação, segundo Ajzen, (1985), mais do que identificar a norma, os enfermeiros passaram a concordar com ela, daí assumirem como sua a decisão da abordagem sistémica do cuidado à família. Apesar da variável ter apresentado um comportamento independente à atitude do enfermeiro face à abordagem sistémica do cuidado à família antes da formação, a analise pós teste dos discursos dos enfermeiros confronta-nos com uma mudança na representação das crenças sobre o que os outros referentes esperam que seja o seu comportamento no trabalho com as famílias. Da crença de que as pessoas com maior poder na instituição não valorizam este tipo de prática, após a formação emerge a crença de que é o reconhecimento da satisfação da família com a intervenção do enfermeiro que os motiva para este tipo de abordagem.

> (…) a pessoa pressente isso [$refere - se\ à\ satisfação\ da\ família$] é reconfortante, dá valorização pessoal, nem digo valorização do chefe ou que o chefe reconheça, … não, a própria pessoa reconhece que contribuímos para ajudar, e não há nada melhor que isso. Não há nenhum reconhecimento melhor, que a pessoa própria sentir (E11).

Este achado levou-nos a refletir sobre a influência que poderá ter a formação sobre a motivação para concordar com o comportamento, apresentando-a como uma estratégia eficaz à implementação de cuidados de excelência. A implementação de parcerias em contextos que simultaneamente sejam clínicos e educativos, é em nosso entender uma mais-valia para uma intervenção qualificada e efetiva. As metodologias reflexivas da prática (Schön, 1994) facilitariam a transferência de saberes da teoria para a prática enformando práticas baseadas na evidência.

Como em outros estudos, após a formação sobre a abordagem sistémica do cuidado à família (Duhamel & Talbot, 2004; LeGrow & Rossen, 2005) os enfermeiros experienciaram melhores práticas. Os enfermeiros expressam que a aplicação da abordagem sistémica do cuidado à família foi importante para se tornarem melhores profissionais e, valorizou a sua prática.

Um dos participantes no estudo relata assim uma das suas abordagens:

> ( ) eu com o miúdo, escrevi num papelinho, então quais são as disciplinas que tu mais gostas?, e agora as que tu menos gostas?, e as notas que tiveste nestas e nestas, …pronto tiveste estas negativas. Quais são aquelas que tu achas que podes aumentar?, que podes melhorar?,… em história eu acho que consigo…Pronto, então o que é que tens de fazer para melhorar?, e o miúdo disse …, depois o pai disse assim: 'Até gostei da sua intervenção…', o próprio pai depois disse aquilo… e eu até me senti bem. Aumenta um bocadinho a nossa satisfação (E18).

Julga-se que este poderá ser um efetivo contributo para tornar visível o trabalho dos enfermeiros com a família.

Um aspeto suscetível neste tipo de estudos é todavia a avaliação da *mudança da mudança* (Bateson, 1979, Kok, 2011). A implementação da intervenção encarada como estímulo à mudança de comportamento está relacionada com uma série de fatores que podem afetar o seu resultado. Recomenda-se que sejam asseguras condições facilitadoras de transferência de saberes de modo a manter todos os participantes envolvidos, comprometidos e corresponsáveis pelo processo de implementação da intervenção.

Durante o processo de intervenção o papel do investigador é fundamental. Situar-se ao nível dos participantes para interagir com eles, relacionar-se com as famílias para compreender e distanciar-se para ver o todo são estratégias fundamentais ao êxito da intervenção, especialmente à criação de contextos favorecedores de partilha e transferência de saberes.

A consideração de que a disseminação do conhecimento não acontece em todos os elementos ao mesmo tempo (Kok, 2011), deve haver estratégias de monitorização das respostas ao longo do processo de intervenção. De acordo com Wensing, (2011) recorreu-se a indicadores de desempenho com base na observação participativa, utilizando critérios explícitos de avaliação, comportamentos esperados para uma abordagem sistémica da família ao longo das diferentes etapas da consulta de enfermagem, para mais seguramente identificar a aplicação do conhecimento na prática. A análise dos comportamentos dos enfermeiros ao longo da consulta de enfermagem demonstrou que houve mudança no modo como os enfermeiros envolvem a família nos cuidados.

A observação do comportamento dos enfermeiros na prática, norteada pelo guião intitulado "conversas entre enfermeiros e famílias" (Anexo IV), revelou uma média de 77,5% de comportamentos compatíveis com a abordagem sistémica do cuidado à família ao longo das quatro etapas da consulta de enfermagem.

Os comportamentos foram avaliados pela pertinência da decisão na adequação do referencial sistémico à situação, ajuizados pelo investigador em *não satisfaz* e *satisfaz*.

O sucesso da intervenção revelou-se fundamentalmente ao nível da etapa do contato. No total das 120 observações, 90% dos comportamentos satisfizeram os referenciais sistémicos. Os mais observados foram: cumprimenta o cliente/família, demonstra compreensão, evidencia competência/conhecimento, é afável, tem uma abordagem confiante e ativa, dá oportunidade do cliente família/família expressar as suas expetativas quanto aos cuidados de enfermagem e reconhece a importância de todos os membros da família, estando presentes ou ausentes.

Identificou-se a pertinência de persistir o desenvolvimento de uma postura neutra, elaboração de perguntas intencionais para estimular a avaliação, construir o genograma/ecomapa com o cliente e estruturar a consulta. De acordo com Wright e

Leahey (2009), o desenvolvimento destes comportamentos na fase inicial da consulta promove condições para a efetividade da mesma.

Ao nível da etapa da avaliação, 70% dos comportamentos demostrados cumprem os princípios sistémicos da abordagem sistémica do cuidado à família. Os comportamentos mais observados foram: cria oportunidades para a conversa, atende ao padrão relacional/funcionamento familiar, atende à perceção que o cliente/ família tem do problema; identifica as forças potencialidades da família e questiona a interação familiar sobre o problema de saúde.

Com 70% de observações estão também os comportamentos ao nível da etapa associada à intervenção como: Estabelece com o cliente/família um plano de intervenção, explora a solução/as soluções com a família, atende às crenças da família, enfatiza novos comportamentos, em vez de solicitar a interrupção de comportamentos, atende à competência do cliente/ família, monitoriza o estado de saúde do cliente/família, incentiva a cooperação do cliente/família.

Finalmente na etapa da conclusão da consulta, com 80% dos comportamentos observados, revelou-se a segunda etapa de sucesso. Os comportamentos observados revelam as boas maneiras, o elogio às forças da família e a avaliação da utilidade da entrevista.

Em síntese, a intervenção educativa como estratégia de transferência de conhecimento para a prática mostrou-se eficaz. Concordamos com Kok (2011) e confirmamos que o sucesso reside nas estratégias de implementação e é tornado visível pela identificação daqueles que adotaram os comportamentos.

Se para a abordagem da família como um sistema, como um todo, o uso de *lentes* conceptualmente consistentes com o paradigma sistémico se impõe e o conhecimento sobre modelos de avaliação e intervenção na família, bem como habilidades comunicacionais, são necessários para os enfermeiros envolverem a família nos cuidados de um modo sistémico

(Bell, 2010; Simpson et al, 2006; Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 2009), faltam no entanto estudos que demonstrem este desempenho.

Foi nossa intenção com esta reflexão identificar um possível caminho de investigação onde uma parceria ensino e prática serão estruturas essenciais.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

O presente capítulo apresenta as principais conclusões do estudo cujo principal objetivo foi avaliar o impacto da intervenção educativa, abordagem sistémica do cuidado à família, no enfermeiro.

A mudança de atitudes e do comportamento face à abordagem sistémica do cuidado à família, percecionada pelos enfermeiros e pelas famílias após a experiência de formação, constitui-se um indicador da aproximação teoria-prática. Consequentemente a intervenção educativa, um estímulo que afetou as metodologias do trabalho com as famílias, pela transferência de saberes, tornou consistente e visível o trabalho dos enfermeiros com as famílias.

1. CONCLUSÕES

A importância das decisões em relação às intervenções, a organização dos contextos clínicos e políticas diretivas dos serviços de enfermagem em busca de uma melhor evidência disponível é hoje um conceito aceite (Pentland et al, 2011). É igualmente aceite que os enfermeiros envolvem a família nos cuidados, contudo apesar dos avanços teóricos no âmbito das metodologias do trabalho com as famílias, a teoria mantém-se afastada da prática (Duhamel & Talbolt, 2004, Duhamel & Dupuis, 2011, Figueiredo, 2009, Freitas, 2008).

Apesar dos modelos de avaliação e intervenção com as famílias orientarem para uma prática baseada na evidência, ilustrado pelas soluções desenvolvidas (Bomar, 2004; Hanson et al, 2005; Figueiredo, 2009; Friedemann, 1989, 1991; ICN, 2002; Wright & Leahey, 2009), a enfermagem de família não passa de uma intenção em muitos contextos clínicos.

O presente estudo, teve por finalidade conhecer o efeito que a transferência de saberes, através de um programa educacional, num contexto de cuidados de saúde primários, teve no desempenho profissional dos enfermeiros.

A perspetiva sistémica apresentada enfatizou o aspeto relacional da abordagem de enfermagem no cuidado da família e dos indivíduos. O enfermeiro de família imbuído de um pensamento sistémico naturalmente encara a família como um sistema vivo que se gera e desenvolve numa interação dinâmica com os sistemas com quem interage. A consciência de uma realidade sistémica, onde tudo é sistema, é responsável pelo desenvolvimento de um saber *estar* e *ser* na relação promotor da vida, da estabilidade, da autonomia do sistema, enfim, da saúde.

O modo de pensar que invadiu e fluiu nos meandros dos sistemas de saúde em geral a partir da segunda metade do Século XX, mostrou-se consistente para a avaliação e

intervenção com as famílias (Bell, 2000). O enfermeiro, profissional detentor de um conjunto de saberes sobre o funcionamento biopsicossocial e espiritual da família, é contudo, convidado a refletir no seu modo avaliação e intervenção (Wright & Leahey, 2005). O trabalho dos enfermeiros com as famílias não está visível! Mesmo em contextos onde a intenção é envolver a família nos cuidados.

Explicações, desde a falta de um quadro conceptual consistente (Seragic & Hall, 2005) à existência de barreiras que impedem o trabalho com as famílias, têm sido apontadas para justificar este cenário. Paradoxalmente a teoria evolui, as escolas ensinam, as políticas de cuidados assumem o valor, os enfermeiros comprometem-se com o desígnio, mas a visibilidade é ainda ténue. Foi neste panorama que centramos o nosso objeto de estudo – a abordagem sistémica do cuidado à família no contexto da relação enfermeiro-família.

A decisão pela opção metodológica teve em consideração a pergunta de investigação que norteou o estudo "Qual o impacto que a abordagem sistémica do cuidado à família tem no enfermeiro?". No sentido da compreensão do efeito que a experiência de formação teve na atitude do enfermeiro parece-nos que a natureza do estudo foi a mais adequada.

As limitações com a validade interna, próprias dos estudos *quasi-experimentais* com um único grupo, foram minimizadas com o recurso à triangulação de técnicas (Denzin & Lincoln, 2000), e à comparação de dados anteriores e posteriores à intervenção, a partir da amostra emparelhada.

Terminado o estudo, temos a convicção que a abordagem sistémica do cuidado à família é uma realidade no contexto da prática clínica onde decorreu a investigação. Contudo e estando limitada a transposição para outras realidades recomenda-se o desenvolvimento de outros estudos do género.

O estudo permitiu tornar visível o efeito da formação sobre a mudança de atitude dos enfermeiros. Se é verdade que a atitude não determina o comportamento é também verdade que sem atitude ele provavelmente não acontece. A análise quer quantitativa quer qualitativa

revelou a incorporação de referenciais sistémicos nas práticas dos enfermeiros que possibilitam a abordagem sistémica do cuidado à família, inferindo-se a mudança de comportamentos.

Face aos resultados obtidos, conclui-se que as estratégias de intervenção adotadas responderam ao objetivo proposto, facilitar a abordagem sistémica do cuidado à família, num contexto de cuidados de saúde primários.

No nosso entender contribuiu para isso, a integração de processos de informação e processos de educação direcionados para as necessidades dos profissionais (Basto, 1998), bem como o fato da intervenção corresponder ao interesse quer dos responsáveis institucionais quer dos próprios enfermeiros.

No mesmo sentido consideramos que a atenção colocada nos métodos aplicados apelou à participação dos participantes tornando-os agentes ativos no processo de ensino–aprendizagem o que facilitou o processo de mudança.

No início do estudo a representação que os enfermeiros têm do que é *família* enquadra-se numa perspetiva sistémica, muito embora à custa de uma dimensão mais organizacional ou estruturalista, no momento pós formação, a representação de família suporta-se numa perspetiva sistémica mais de cariz interacionista. Os achados, permitem definir família, como uma estrutura que se autodefine com uma ou mais pessoas vivendo em relação. A ideia de uma estrutura que emerge da interação de uma ou mais pessoas levará os enfermeiros a centrarem-se nas interações e aceitarem por família quem as pessoas disserem que são (Wright & Leahey, 2009).

Esta descoberta confirma que os enfermeiros integram um conceito de família coerente com a abordagem sistémica do cuidado à família.

As representações que os enfermeiros têm da *enfermagem de família* permitem não somente a definição da imagem profissional, mas constituem igualmente um instrumento de orientação, de perceção das situações e de elaboração de respostas no trabalho com as

famílias. Das categorias emergentes, o “Paradigma” do cuidar afirmou-se com o maior peso para a representação do que é enfermagem de família, 34,4% e 40,6% no primeiro e segundo momento de avaliação respetivamente. A relação de ajuda insinua-se como conceito definidor do paradigma do cuidar, quando os enfermeiros falam em enfermagem de família, sendo o cuidado lembrado com recurso ao que os enfermeiros fazem, designação conceptual defendida por “um cuidar centrado nas ações dos enfermeiros” (Basto & Portilheiro, 2003) contudo ações que traduzem interação (Wright & Leahey, 2009).

Os achados indicam no entanto a necessidade de uma mudança conceptual mais consistente com a abordagem sistémica do cuidado da família, a conceptualização de um cuidar centrado na relação enfermeiro-família. Dos enfermeiros participantes, 50%, traduzem a ideia interação para caraterizar a enfermagem de família depois da formação ministrada. Estes dados levam-nos a supor que a continuação com ciclos de formação deverá ser uma estratégia a implementar, para garantir a continuação do processo de mudança iniciado.

Perceber o caráter prescritivo das mensagens que refletem o mundo das representações, as normas, levou-nos a estudar o que os enfermeiros achavam que era o querer de quem tinha mais poder no seu local de trabalho para o cuidado com as famílias. Antes da formação a maioria dos enfermeiros (70%) identificou uma norma distinta da que estava explicita no manual de boas práticas à família, levando-nos a identificar uma discrepância entre os objetivos da instituição e os dos profissionais. Após a formação 90% dos enfermeiros passou a identificar a norma preconizada.

Os dados evidenciam uma diferença significativa (p=0,032), confirmando que o grupo está diferente antes e depois da formação.

Acreditamos que a formação terá sido importante para modificar as crenças dos enfermeiros sobre o que pensam ser o querer de quem tem mais poder no seu local de

trabalho para o cuidado das famílias. Estes dados indiciam assim a potencialidade que a formação pode ter na explicitação das normas institucionais implementadas.

A prática de enfermagem de família foi avaliada através da FNPS de Simpson e Tarrant, (2006). Composta por duas subescalas, a perceção crítica da prática e a perceção da relação enfermeiro-família, permite-nos avaliar a atitude do enfermeiro face à abordagem sistémica do cuidado à família.

A análise descritiva global da FNPS evidencia que os participantes ostentam uma atitude favorável face ao trabalho com as famílias. A diferença de médias encontrada, entre o pré-teste e o pós-teste, é estatisticamente significativa ao nível da perceção crítica da prática (Z= -2,536; p = 0,011). Constatar que a unidade de teste apresenta diferença do pré para o pós-teste leva-nos a confirmar a hipótese que a formação influência a prática de enfermagem de família, especificamente facilitou a abordagem sistémica do cuidado à família.

Na fase pré-teste, o conhecimento sobre a enfermagem do sistema familiar foi o item que obteve pior resultado todavia no momento pós-teste, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa (Z= -2,232; p = 0,023). A evidência da diferença leva-nos a considerar o impacto da formação. Perante os resultados conclui-se que a formação influencia a perceção crítica da prática, fundamentalmente através do conhecimento sobre enfermagem do sistema familiar.

A subescala perceção da relação enfermeiro-família, ao nível do pré-teste os enfermeiros apresentam um resultado mais favorável à abordagem sistémica do cuidado à família que na subescala anterior (Média = 2,16 ± 0,72). O melhor resultado observado foi *"o meu envolvimento com as famílias, é acima de tudo compensador",* com uma Média = 1,70 ± 0,67. A maior mudança, ocorreu ao nível do item "*planeio intervenções de enfermagem em conjunto com o doente e a família"* que obteve a pior resposta (Média) no

pré-teste, obtendo no pós-teste uma Média = 2,10 ± 0,73, apesar de não se verificar diferença estatisticamente significativa, (Z= -1,732; p = 0,083).

Perante as novas respostas comportamentais, conclui-se que a mudança não foi igual em todos os comportamentos mas houve mudança de atitudes. Qual o efeito da formação nesta mudança de atitude?

No sentido de compreender mais profundamente este fenómeno estudou-se a influência de algumas das variáveis de atributo tiveram sobre a atitude dos enfermeiros face ao trabalho com as famílias.

No que diz respeito à idade, a correlação negativa, moderada a forte entre as entre a idade e a atitude face à prática de enfermagem de família evidenciada na fase inicial do estudo, o que nos levou a admitir que quanto maior fosse a idade do enfermeiro menor seria o valor observado nas subescalas e no total da escala, logo uma atitude mais favorável à abordagem sistémica do cuidado à família, não se confirmou no pós-teste.

Os resultados alertam para uma possível interferência da formação levando-nos a supor que o seu impacto resulte na sistematização e homogeneização da atitude face a prática da enfermagem de família. Neste sentido confirma a hipótese por nós criada, que a formação no contexto da prática influência a atitude dos enfermeiros face à abordagem sistémica do cuidado à família, independentemente da idade.

Resultado idêntico foi encontrado com respeito ao tempo de profissão levando-nos a propor que quanto maior for o tempo de profissão menor será a média obtida na FNPS, logo uma atitude mais favorável à pratica de enfermagem de família (r = - 0,706; p = 0,023). Uma relação muito significativa (r = - 0,852; p = 0,002) foi encontrada entre o tempo de profissão e a relação enfermeiro família, pelo que também neste domínio os enfermeiros com mais tempo de profissão tendem a evidenciar atitude mais favorável na relação enfermeiro-família. Todavia pelos resultados encontrados no pós-teste não nos permite

aceitar a diferença entre grupos pelo que se rejeitou a hipótese que o tempo de profissão tenha influência na atitude face ao trabalho com as famílias.

Mais uma vez os dados indiciam a interferência da formação para a mudança de atitude dos enfermeiros.

Verificou-se que a atitude é independente da norma subjetiva percecionada no contexto da prática. Apesar de os valores médios alcançados traduzirem uma atitude mais favorável nos enfermeiros que percecionaram a norma proposta pela instituição *"cuidados dirigidos à família como um todo*" no pré-teste, a análise pós-teste não confirma esta tendência dado que todos os enfermeiros apresentaram atitude favorável ao trabalho com as famílias. Estes dados incitam-nos a olhar o enfermeiro e as suas crenças como fator principal para a abordagem sistémica do cuidado à família (Wright & Bell, 2009).

Fortalecendo esta anterior conclusão, a investigação mostrou ainda a influência da formação sobre a atitude dos enfermeiros de acordo com o seu desenvolvimento profissional. A evidência de que quanto mais elevada é a formação profissional dos enfermeiros menor é a média, logo mais favorável é a atitude face à prática da enfermagem de família, encontrada na fase inicial do estudo não é confirmada na fase pós formação.

A diferença estatisticamente significativa ao nível da *perceção crítica da relação enfermeiro-família*, entre os enfermeiros com formação profissional pós-básica dos enfermeiros com formação básica não foi verificada na fase pós-teste.

Os dados indiciam que foram os enfermeiros com formação básica, os que foram mais influenciados pela experiência formativa, todavia não se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Esta conclusão, contudo, leva-nos a refletir no ensino de Enfermagem de Família em Portugal e aponta-nos a necessidade de se repensar os curricula do primeiro ciclo, pois nos enfermeiros com formação básica esta não se revelou suficiente para intensificar a atitude sobre a abordagem sistémica do cuidado à família. De acordo com

Figueiredo (2009) o ensino da enfermagem de família em Portugal não está sistematizado e os conteúdos mudam de instituição para instituição.

Tendo a consciência que os resultados deste estudo não podem ser extrapolados para outros contextos, mas identificando o problema em variadíssimos contextos Regionais, Nacionais e até Internacionais (Duhamel & Dupuis, 2011, Figueiredo, 2009, Freitas, 2008; Yarwood, 2008) não deixo de afirmar que o investimento na formação em serviço, poderá ser uma solução para os contextos clínicos onde a abordagem sistémica do cuidado à família seja uma ilusão.

A propósito dos obstáculos à prática de enfermagem de família a análise de conteúdo das unidades de registo, situou-nos face a achados de distintas naturezas, quando comparados aos preconizados por Hanson et al (2005). As três categorias emergentes, nomeadamente "Enfermeiro", "Instituição e "Família" apresentaram um perfil percentual distinto na fase inicial do estudo e na fase de pós-teste.

De início o principal centro de obstáculos foi o "Enfermeiro" com 42,9% do total das asserções e as razões como as "Metodologias de trabalho"(4; 40%) e o "Tempo"(4; 40%) foram as mais evocadas. Estes achados denunciam por um lado a falta de um modelo teórico integrado "… a tendência para persistir no modelo biomédico" (E03) ou como reconheceu um dos participantes "… talvez os enfermeiros já o façam (…) mas é necessário interiorizar como metodologia de trabalho" (E05), e por outro lado, a ideação que cuidar da família exige muito tempo e os enfermeiros têm tempo escasso (4; 40%) confirmando o já referido por outros teóricos (Friedman, 1998, Hanson et al 2005, Wright & Bell, 2009; Wright & Leahey, 1990).

Pelo contrário no pós-teste a categoria "Família" representa o maior peso (55,6%) no total das unidades de enumeração, levou-nos a interpretar as subcategorias, *funcionamento* e *estrutura* familiar como obstáculos evidentes para uma prática de enfermagem de família

efetiva. Esta asserção naturalmente alerta para a necessidade de mais treino e reflexão sobre as metodologias de intervenção com as famílias.

Considerando que as crenças sobre os obstáculos a um determinado comportamento, segundo a teoria do comportamento planeado (Fishbein & Ajzen, 2010) podem influenciar diretamente o comportamento, se isso for a reflexão exata do atual controlo da pessoa sobre o mesmo (Courneya et al., 2000; Veloso, 2005), embora a diferença de proporções não tivesse sido estatisticamente significativa, as categorias acima referidas apresentam-se como áreas de vulnerabilidade à efetividade do trabalho com as famílias, mais especificamente à abordagem sistémica do cuidado.

Os achados permitiram compreender algumas das mudanças existentes no grupo à custa do programa formativo implementado e alerta-nos para a necessidade da investigação, da formação e da prática caminharem juntas co-construindo soluções para que a enfermagem de família seja uma realidade na prática dos cuidados (Duhamel & Dupuis, 2011).

Compreender o fenómeno em estudo através das crenças que movem os enfermeiros a aceitarem a abordagem sistémica do cuidado da família como uma vantagem para a sua prática, leva-nos a concluir que a vantagem de envolver a família nos cuidados é justificada maioritariamente pelos benefícios para a própria *enfermagem* e para os *cuidados de enfermagem/processo de enfermagem*. Está postura centrada na profissão poderá contudo empalidecer o principal foco de atenção da enfermagem de família que é a própria família como unidade de cuidados e perturbar assim a sua visibilidade.

Os achados permitiam contudo identificar mudanças da avaliação pré-teste para a avaliação pós-teste. De uma postura essencialmente focada no processo de enfermagem (37,5%) que caraterizou a principal vantagem no momento pré-teste, após a intervenção da formação os enfermeiros assumem que envolver a família nos cuidados acarreta vantagens fundamentalmente para a própria Enfermagem (41,7%), particularmente para o seu

reconhecimento. Julgamos mesmo que este autorreconhecimento da profissão em prol da saúde da família seja um fator fortalecedor para a visibilidade da enfermagem de família na família e na própria sociedade e esclareça aqueles que ainda hoje dizem "… eles [enfermeiros] fazem o dever deles, o trabalho deles, não sei o que eles sabem…" (F05). Obviamente o envolvimento da família nos cuidados não é novo, mas a abordagem da família com uma metodologia sistémica tem sido um desafio para a maioria dos enfermeiros em várias partes do mundo (Duhamel, 2004, Duhamel & Dupuis, 2011, Figueiredo, 2009, Freitas, 2008, Wright & Bell, 2009 e Wright & Leahey, 2009).

Inferiu-se do discurso dos enfermeiros que o envolvimento com famílias é caraterizado por uma multidimensionalidade de funções, caraterística do papel de enfermeiro de família (Hanson et al, 2005); ICN, 2002). Nas categorias encontradas, constatou-se que na fase inicial do estudo, carateriza o trabalho do enfermeiro com as famílias o papel de "Prestador e supervisor de cuidados" (6; 23,1 %) e o papel de "Educador de saúde" com um percentual de 19,2 (5), contrariamente à fase pós-formação em que o papel de "Investigador", no sentido de inquiridor das necessidades da família, com um total de 26,1 % (6) de unidades de registo e o papel de "Gestor e coordenador" com um percentual de 21,7 (5) lideraram o tipo de funções desempenhadas.

Esta imagem sobre a função dos enfermeiros, neste contexto de cuidado primários de saúde, é naturalmente reveladora de mensagens com forte poder de persuasão junto dos próprios enfermeiros, das famílias e nas sociedades para a construção do *enfermeiro de família*.

A imagem anterior nada tem a denegrir a imagem do enfermeiro de família, antes pelo contrário, revela potencialidades já reconhecidas no trabalho com as famílias (ICN, 2002; Wernet & Ângelo, 2003). Todavia, a reflexão sobre o impacto da formação nas representações das funções dos enfermeiros, leva-nos a constatar a mudança de paradigma emergente. Do enfermeiro prestador de cuidados e educador de saúde passa-se ao

enfermeiro essencialmente inquiridor, gestor e coordenador das necessidades da família em prol da sua saúde, atitudes essenciais na abordagem sistémica do cuidado à família. Julgamos que a mudança na forma de ver a atender a família é reveladora que a formação através das diferentes abordagens pedagógicas aplicadas facilitou a transferência de saberes e aproximou a teoria da prática (Tsai & Tsai, 2005).

A consciência de um cuidado relacional que se constrói constantemente na relação enfermeiro-família, (Hanson et al, 2005; Wright & Leahey, 2009), leva-nos a reconhecer que em cada momento padrões de comportamentos emergem em resposta às necessidades de cada família e identificá-los ajuda-nos a compreender a decisão do enfermeiro num determinado momento da sua intervenção. E porque não os diagnósticos? Já que estes estão na base das decisões de intervir? Estes são analisados aquando dos resultados de enfermagem.

As intervenções de enfermagem mais evocadas nos discursos dos enfermeiros foram o "Atender", o "Informar", o "Determinar" e o "Gerir", sendo a que mais avulta o trabalho dos enfermeiros com a família o *atender* (48,7 e 50%) respetivamente no pré e pós-teste. Estes achados não nos surpreenderam e vão de encontro a outros dados já comentados, particularmente o tipo de funções desempenhadas.

Da análise mais pormenorizada das unidades de registo, constatou-se que as ações do tipo *relacionar*, *avaliar* e *organizar* intensificaram-se após a formação. Mais do que pensar nelas como tipo de ações, uma reflexão sobre uma provável decisão da sua escolha leva-nos a identificar o recurso às boas práticas no trabalho com as famílias, (Wright & Leahey, 2009). Por um lado o *relacionar*, intervenção fundamental na abordagem sistémica do cuidado à família, bem como o *avaliar*, em que o uso dos instrumentos de avaliação familiar, como o genograma e o ecomapa, denuncia a tenção colocada na estrutura da família, por outro lado, o *organizar* dá-nos conta de uma postura de gestão que naturalmente indicia o comando do processo.

Consideramos que a identificação das intervenções de enfermagem com as famílias é importante para dar consistência e visibilidade da intensidade do trabalho dos enfermeiros com as famílias.

A análise indutiva do beneficiário da intervenção de enfermagem revelou que as tendências de intervir na família como contexto ou na família como um todo são tendências igualmente praticadas pelos enfermeiros participantes. Este achado não contraria a perspetiva da abordagem sistémica do cuidado a família (Wright & Bell, 2009), antes pelo contrário enriquece-a. O pensamento sistémico carateriza-se por um vaivém do todo às partes e vice-versa, um pensamento que religa em vez de um pensamento que separa. Como defende Morin (2010) este tipo de conhecimento, da integração das partes no todo, completa-se com o conhecimento do todo em cada uma das partes. Consideramos pois que a formação ao chamar a tenção para o todo que é a família, naturalmente alertou para o indivíduo, vendo nele a sua família.

A preocupação com os resultados de enfermagem, indicadores dos ganhos sensíveis à intervenção dos enfermeiros, levou-nos a analisar a perceção dos participantes antes a após a formação. Identificamos contudo a necessidade de maior discussão sobre o que os enfermeiros entendem por *ganhos em saúde*. Perante a questão "Dê 3 exemplos de ganhos em saúde obtidos pela família, sensíveis à sua intervenção?", os enfermeiros não referiram o enunciado de enfermagem "Resultado de Enfermagem/Diagnóstico de Enfermagem" mas sim o foco, a área de atenção da Enfermagem. Os achados, de acordo com o foco referido, leva-nos a concluir que a categoria *status*, "condição do indivíduo em relação a outros" (ICN, 2010) é a mais representada (41,5%; 65,9%) no total das unidades de registo analisadas no pré e pós-teste respetivamente.

A análise das unidades de registo enfatiza, o surgimento do foco *funcionamento familiar* nas asserções de 50% dos participantes. Este achado, representando uma das dimensões de avaliação e intervenção na família (Wright & Leahey, 2009), aparecendo

exclusivamente na fase pós-formação indicia uma preocupação emergente dos enfermeiros, e confirma a abordagem sistémica do cuidado à família.

A não identificação do *funcionamento familiar* como foco da CIPE/ICNP® (ICN, 2010), confirma a lacuna existente entre a teoria e a prática de enfermagem de família. Uma classificação da prática de enfermagem, considerada classificação mundial desde Janeiro de 2010 que não contempla o funcionamento familiar como foco de atenção dos enfermeiros é porque não foi identificada por eles nas suas práticas. Estando este estudo limitado à transferência de resultados para outros contextos, mas constituindo ele um pretexto para este achado, afirmamos a necessidade de mais investigação pelo comité de enfermagem internacional. A introdução deste temo nos focos da CIPE/ICNP® parece-nos uma forte possibilidade.

A análise da perceção do enfermeiro sobre a prática da enfermagem de família, especificamente da abordagem sistémica do cuidado à família no contexto em estudo, revelou, à luz da teoria do comportamento planeado de Fishbein e Ajzen (2010), que a perceção das dificuldades do desempenho na abordagem sistémica do cuidado à família é superior (35,8 %) a qualquer outra representação. A diferença de proporções entre o pré e pós-teste evidenciou uma diferença estatisticamente significativa (p = 0,032). A mudança observada após a formação enfatiza um aumento das crenças sobre as facilidades no desempenho da abordagem, 29,6% contra os 11,1% identificados no pré-teste, pelo que é esperado que os participantes adiram mais facilmente ao comportamento percecionado após a intervenção educativa. As metodologias educativas, ao assegurarem a transferência de informação e proporcionarem o treino de competências aumentam o poder de controlo e promovem a adesão ao mesmo (Conner & Spark, 1996). Este achado evidencia que a formação atenua as dificuldades percecionadas face à abordagem sistémica da família e predispõe para o comportamento.

Da análise dos discursos das famílias sobre a intervenção de enfermagem, antes e após a intervenção educativa, salientou-se especialmente a *relação interpessoal* com um percentual de 54,6 e 59,3 respetivamente antes e após a experiência da intervenção sistémica. As *caraterísticas pessoais* dos enfermeiros, bem como o *acolhimento* que lhes é feito, são mais-valias desta relação (Wright & Leahey, 2009). Os achados quando comparados à teoria revelam uma falta de clareza sobre a competência do enfermeiro de família, levando-nos a identificar o desconhecimento que os participantes têm do conceito *cuidado de enfermagem*. Poderá estar relacionado com este achado, a própria família se constituir um obstáculo à prática de enfermagem de família. Ela não reconhecendo a competência do enfermeiro na família não dá crédito à sua intervenção e por isso não o procura (Centa, Albuquerque & Arcoverede, 2004).

Fará todo o sentido a implementação de estratégias de *marketing* junto às comunidades, promovendo o papel do enfermeiro de família como profissional habilitado e competente para zelar pela saúde da família e do indivíduo simultaneamente (Duhamel & Dupuis, 2011, Wright & Leahey, 2009).

Apesar da extrapolação dos resultados estar condicionado ao contexto onde decorreu, estamos crentes que do estudo emergiram conclusões que poderão afetar outros contextos, tornando o cuidado da família também uma realidade.

2. DA INTENÇÃO DE CUIDAR AO CUIDADO DA FAMÍLIA

Os enfermeiros sempre reconheceram a importância de envolver a família nos cuidados (Benzein et al, 2008; Duhamel & Dupuis, 2011; Duhamel, Dupuis & Wright, 2009) e quando efetivamente cuidam das famílias a sua realização profissional e pessoal aumenta.

Ao terminar este estudo, apresentamos algumas sugestões que consideramos pertinentes para que o cuidar da família seja uma realidade:

- ✓ reveste-se de todo o interesse a replicação deste estudo noutros contextos da prática clínica, para validar os resultados atingidos, e por se constituir em si mesmo uma estratégia de transferência de conhecimentos da teoria para a prática;
- ✓ os resultados deverão ser divulgados nas escolas e nas instituições de saúde, de modo a que: sejam criadas condições de parceria; sejam pensadas e refinadas estratégias de formação em serviço que promovam a transferência de saberes da teoria para a prática e vice-versa e sejam repensados os curricula e a formação dos docentes e alunos;
- ✓ os resultados deverão igualmente ser divulgados aos enfermeiros, inclusive aos participantes neste estudo, a fim de tornar explicita a importância da formação em serviço para a efetividade da prática, nomeadamente a prática de enfermagem de família;
- ✓ o tempo de desenvolvimento do trabalho de campo, não deverá ser inferior a doze meses, caso o investigador não possa permanecer semanalmente, é preferível espaçar essa periodicidade do que diminuir o tempo total. As mudanças processam-se a ritmos diferentes e uma forma de acompanhar mais efetivamente o processo será voltar ao campo 6 meses depois para verificar a consistência da mudança;
- ✓ promover a formação pós-graduada em enfermagem dos sistemas familiares;
- ✓ criar um centro de cuidados de excelência à família, onde ensino, prática e investigação conjuguem e articulem esforços no sentido das melhores práticas.
- ✓ desenvolver campanhas de *marketing* sobre o papel do enfermeiro de família e divulgar nos centros cívicos, colégios e outras escolas de ensino primário e secundário.

Envolver a família nos cuidados é um imperativo ético! Qual o nosso contributo?

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parceiras para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Bechmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp.11-40). Berlin, Germany: Springer-Verlag.

Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior.* (2ª Ed). Milton-Keynes, England: Open University Press / McGraw- Hill.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Alarcão, M. (2002). *(Des)Equilíbrios familiares, uma visão sistémica.* Coimbra: Quarteto Editora.

American Psychological Association (2010). Publication manual of the American Psychological Association. (6th ed.). *Washington, DC*

Anderson, K. H. (2000). The family health system approach to family systems nursing. *Journal of Family Nursing, 6*(2), 103-119.

Andolfi, M. & Haber, R. (1998). *Por favor ajude-me com esta família.* São Paulo: ArtesMédicas.

Andolfi, M. (1981). *A Terapia Familiar*. Lisboa: Editorial Vega.

Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. In: A. Bandura, R. G. Azzi, & S. S. Polydoro, (Orgs.), *Teoria Social Cognitiva, Conceitos Básicos* (pp.15 – 42). Porto Alegre: Artmed.

Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70, Lda.

Barker, P. (2000). *Fundamentos da terapia familiar*. Lisboa. Climepsi.

Basto, M. L. & Portilheiro, C. (2003) Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros. *Revista investigação em enfermagem*, 7, 42 – 51.

Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Porto. Rio dos Livros.

Basto, M. L. (2011). *A construção do pensar e agir enfermagem de família*. V encontro de investigação científica em enfermagem. Funchal: Universidade da Madeira.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature*. New York: E. P. Dutton.

Bateson, G. (1987). *Natureza e espírito.* Lisboa: D. Quixote.

Bell, J. (2000). Reflections on the 5th International Family Nursing Conference, Chicago. *Journal of Family Nursing , 6*, 317 - 319.

Bell, J. (2008). The Family Nursing Unit, University of Calgary: Reflections on 25 Years of Clinical Scholarship (1982-2007) and Closure Announcement. *Journal of Family Nursing, 14*, 275 – 288.

Bell, J. M. (2010). Family nursing education: Faster higher, stronger. *Journal of Family Nursing,*16(2), 135-145.

Bell, J., & Wright, L. (1995). L'avenir de la recherché en soins infirmiers de la famille: les intervention. In F. Duhamel, *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmier* (pp. 87-99). Montréal: Gaëtan Morin Editeu.

Bell, J., Watson, W., & Wright, L. (1990). *The cutting edge os family nursing.* Calgary: Family Nursing Unit Publications.

Bell, J.M. (2000). Encouraging nurses and families to think interactionally: Revisiting the usefulness of the circular pattern diagram [Editorial]. *Journal of Family Nursing, 6*(3), 203-209.

Benzein, E., Jonhansson, P., Årestedt, K. & Saveman, B. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care. *Journal of Family Nursing,* 14 (2), 162-180.

Benzein, E., Jonhansson, P., Årestedt, K., Berg, A., & Saveman, B. (2008). Families'importance in nursing care: Nurses' attitudes — an instrument development. *Journal of Family Nursing,* 14(1), 97-117.

Blomqvist, M. & Ziegert K. (2011). 'Family in the waiting room': A Swedish study of nurses' conceptions of family participation in acute psychiatric inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing, 20,* 185–194. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00714.x

Boaz, A.; Baeza, J. & Fraser, A.(2011). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC Research Notes,* 4:212.doi:10.1186/1756-0500-4-212

Bomar, P.J. (2004). *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice*. (3ªed). Philadelphia: Saunders/Elsevier.

Bousso R. S. & Angelo M. (2001). A enfermagem e o cuidado na saúde da família. In: Ministério da Saúde (Org.). Manual de Enfermagem, (pp. 18-22). São Paulo:Universidade de São Paulo.

Bousso, R., Tito, R., & Pires. (2006). 5 Sinal Vital: Reflexões e Intervenções de Enfermagem. In E. Leão, & C. L., *A Família Convivendo com a dor Crônica* (Vol. capítulo 25, pp. 161-182). São Paulo: Martinar.

Braun, V. F. & Foster, C. (2011). Family Nursing: Walking the Talk. *Nursing Forum.*46 (1) 11-21.

Broome, M., Hall, J., Liaschenko, J. *et al.* (1998) *Ill children and their parents: Experiences with research*. National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Calmeiro, L. & Matos, M. G. (2004). *Psicologia do exercício e da saúde* (Eds.) Lisboa: Visão e Contextos.

Casey, J. (1989). *História da Família.* Lisboa: Teorema.

Centa, M. L.; Albuquerque, L. M. & Arcoverede, M. A. M. (2004). Realidade vivenciada pelos enfermeiros em programa saúde da família. *Fam. Saúde Desenv, 6(1)*, 9-16.

Conner, M., & Sparks, P. (1996). The theory of planned behaviour and health behaviours. In, M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (pp.121-162). Buckingham, UK: Open University Press.

Courneya, K. S., Blanchard, C. M., & Laing, D. M. (2001). Exercise adherence in breast cancer survivors training for a dragon boat competition: A preliminary investigation. *Psycho-Oncology, 10*, 444-452

Courneya, K. S., Keats, M. R., & Turner, A. R. (2000). Social cognitive determinants of hospital-based exercise in cancer patients following high-dose chemotherapy and bone marrow transplantation. *International Journal of Behavioral Medicine, 7*, 189-203

Courneya, K. S., Plotnikoff, R. C., Hotz, S. B., & Birkett, N. J. (2000). Social support and the theory of planned behavior in the exercise domain. *American Journal of Health Behavior, 24*, 300-308.

Culos-Reed, S. N.; Gyurcsik, N.C. & Brawley, L. (2001). Using theories of motivated behavior to understand physical activity: Perspectives on their influence. In R. N. Singer; H. A. Hausenblas & C. M. Janelle (Eds), *Handbook of sport psychology*, (pp 695 - 717). New York: Wiley.

DeFranck-Lynch, B. (1986): *Thérapie familiale structurale: manuel des principes et des éléments de base.* Paris. ESF.

Denham, S. A. (2003). *Family health: A framework for family nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.

Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research*. USA. Sage Publications.

Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 204-2010. (Vol I e II). Lisboa: Ministério da Saúde.* Acesso em *http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_61.html*

Duhamel, F. & Dupuis, F. (2004). Guaranteed returns: Investing in conversations with families of cancer patients. *Clinical Journal of oncology nursing*, 8(1), 68-71.

Duhamel, F. & Dupuis, F. (2011). Towards a trilogy model of family systems nursing. Knowledge utilization: Fostering circularity between practice, education and research. In: E. K. Svavarsdottir & H. Jonsdottir. (Eds), *Family nursing in action* (pp. 53-68). Reykjavik: University of Iceland Press.

Duhamel, F. & Talbot. L. R., (2004). A constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular and cerebrovascular illness. *Journal of Family Nursing*, 10 (1), 12-32.

Duhamel, F. (1995). *La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers.* Montréal: Gaetan Morin éditeur.

Duhamel, F.; Dupuis F. & Wright, L. M. (2009). Families'and nurses' responses to the "one question question": Reflections for clinical practice, education and research in family nursing. *Journal of family nursing*, 15 (4), 461 – 485.

Duhamel, F.; Dupuis; F. & Girard, F. (2010). Launching a center of excellence in family nursing, university of Montreal. *Journal of family nursing*, 16 (1), 124 – 125.

Duncan, K. & Maceiras, L. (2001) Carta de ottawa para la promtion de la salud. *Salud Publica Educ Salud;* 1 (1), 19-22. Acesso em http://webs.uvigo.es/mpsp/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf

El-Hani,C. N. & Bizzo, N. M. V.(2001). Formas de Construtivismo: Mudança Conceitual e Construtivismo Contextual. *Ensaios FEF, Belo Horizonte*, 4, 1-25.

Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing.*Philadelphia: F.A.Davis.

Feeley, N. & Gottlieb, L. N. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 9-24

Feetham, S., Meister, S., Bell, J., & Gilliss, C. (1993). *The nursing of families: Theory, research,education and practice.* Newbury ParK: Sage Publications.

Figueiredo, M. (2002). Necessidades em Cuidados de Enfermagem das Famílias de Crianças com Doença Cardíaca Congénita: uma abordagem sistémica da família. *Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem.* Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Figueiredo, M. H. J. S. (2009). *Enfermagem de família: um contexto do cuidar.* (Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem). Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). Avaliação Familiar: Do Modelo de Calgary de Avaliação da Família aos focos da prática de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP , 3*.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research.* Reading, MA: Addison-Wesley.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press (Taylor & Francis).

Forchuk, C. & Park, D. J. (1995). Hildegard peaplau meets family systems nursing: innovation in thery-based practice. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 110-115.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Lisboa. Lusodidacta.

Freitas, A. (2008) A concepção de enfermagem de Família dos enfermeiros da região autónoma da madeira. (Tese de Mestrado). Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Friedemann, M. L. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14, pp 211-216.

Friedemann, M. L. (1991). Closing the gap between grand theory and mental health practice. The framework of systemic organization and the Control-Congruence Model for mental health nursing of families. In J. Fawcett and A. Whall (Eds.). *Family theory development in nursing: State of the science and art* (pp. 317-342). Philadelphia: F. A. Davis Co.

Friedemann, M. L. (1993). Closing the gap between grand theory and mental health practice. The framework of systemic organization. In G. Wegner & R. J. Alexander (Eds.) *Readings in family nursing* (Chap. 5, pp. 43-56). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Friedemann, M. L. (1993). The concept of family nursing In G. Wegner & R. J. Alexander (Eds.) *Readings in family nursing* (Chap. 2, pp. 13-22). Philadelphia: J. B. Lippincott.

Friedman, M. (1998). *Family nursing : Research, theory and practice.* Stamford: Appleton& Lange.

Friedman, M. M., & Levac, A.M. (1997). The family nursing process. In M. M. Friedman (Ed.), *Family Nursing: Research, theory and practice* (4th ed., pp.49-72). Stamford, CT: Appleton & Lange.

Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003) *Family nursing: Research, theory and assessment* (5th ed.). Upper Saddle River, N. J.: Prentice Hall

Galvin, E., Boyers, L., Schwartz, P. & Jones, M. (2000). Challenging the precepts of family-centred care: Testing a philosophy. *Pediatric Nursing*.26(6):625-632.

Gerrish, K. (2005). O eu e os outros: o rigor e a ética da etnografia por dentro. In Joanna L. *Investigação qualitativa avançada para enfermagem*. Lisboa. Instituto Piaget

Gilliss, C., Highley, B., Roberts, B., & Martinson, I. (1989). *Toward a science of family nursing.* Menlo Park: Addison-Wesley.

Gliner, J. A., & Morgan, G. A. (2000). *Research Methods in Applied Settings: An Integrated Approach to Design and Analysis*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum.

Gomes, M. M. F.; Gaiva; M. A. M.; & Oliveira, R. D. (2002) Concepções de um grupo de enfermeiras sobre família. *Família, Saúde, Desenvolvimento,* 4(1),60-67.

Gonçalves, D. Rosa, C. Duarte, F. Ferreira, S. Livramento, S. (2006). *A cada família ... o seu enfermeiro: Manual de cuidados de enfermagem à família.* (Ed). Serviço Regional de Saúde, E.P. E. Direção de enfermagem de cuidados de saúde primários. Funchal.

Goudreau, J.; Duhamel F. & Ricard, N. (2006). The impact of a family systems nusing educational programo on the practice of psychiatric nurses. *Journal of family nursing*, 12(3), 292-306.

Graham I.D., Logan J., Harrison M. B., Straus S.E., Tetroe J., Caswell W., Robinson N. (2006) Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 26, 13-24

Grbich, Carol (2007). *Qualitative data analysis: an introduction*. London. SAGE Publications

Gribbons, B. & Herman, J. (1997). True and quasi-experimental designs. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 5(14). Retrieved May 29, 2011 from http://PAREonline.net/getvn.asp?v=5&n=14.

Hanson, S. M. (2005). Family nursing: Challenges and opportunities: whither Thou Goeth family nursing. *Journal of family nursing*, 11(3), pp 336-339.

Hanson, S. M. H. & Boyd, S. T. (1996). Family health care nursing**:** theory, practice, and research. Philadelphia: F.A.Davis.

Hanson, S. M. H., Geralfy-Duffy, V. & kaakinen, J. R. (2005). Family health care nursing: theory, practice and research. (3rd ed). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Henderson, S. (2002). Factors impacting on nurses' transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. Nurse Education in Practice 2, 244-250.

Hoffman, L. (2003). *Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.

Holleman, G., Eliens, A., van Vliet, M. & van Achterberg, T. (2006) Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 53,702–709.

Holtslander, L. (2005). Clinical Application of the 15-Minute Family Interview: Addressing the Needs of Postpartum Fathers. *Journal of Family Nursing,* 11(1), 5-18.

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, (1978) Declaration of Alma-Ata. Acesso (Junho 2011). http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf World Health Organization.

International Council of Nurses (2001). *The family nurse*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses Publishers Jones.

International Council of Nurses (2002). *The ICN definition of nursing*. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2002). Tools for action. Acesso (Maio 2009) http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2002_part2.pdf.

International Council of Nurses. (2002). Nurses always there for you: Caring for families. (12-13). Acesso (Maio 2011) http://www.icn.ch/indkit2002_01.pdf.

International Council of Nurses. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Janosik, E. & Miller, J. (1980). *Family-focused care*. New York: McGraw-Hill

Jones, E. (2004). *Terapia dos sistemas familiares.* Lisboa: Climepsi Editores .

Kermode, S. & Brown, C. (1996) The postmodernist hoax and its effects on nursing. *The International Journal of Nursing Studies*, vol. 33, no. 4, pp. 375-384.

Kitson, A. & Bisby, M. (2008). *Speeding up the spread. Putting KT research into practice and developing as integrated KT collaborative research agenda*. The Alberta Heritage Foundation for Medical Research has sponsored the production of this background paper.

Kok, G. (2011). *Selecting the right strategies: Intervention Mapping for Implementation*. Retrieved July from http://www.european-academy-of-nursing-science.com/wp-content/uploads/

Légaré, F., Stewart, M., Frosch, D., Grimshaw, J., Labrecque, M., Magnan, M., Ouimet, M., Rousseau, M., Stacey, D., van der Weijden, T. & Elwyn, G. (2009). Exackte: Exploiting the clinical consultation as a knowledge transfer and exchange environment: a study protocol. *Implementation Science*, **4**,14.doi:10.1186/1748-5908-4-14

LeGrow, K. & Rossen, B. E. (2005). Development of professional practice based on a family systems nursing framework: Nurses'and families' experiences. Journal of family nursing, 11, 38-58.

Majdzadeh, R., Sadighi J., Saharnaz, N., Mahani, A.S., & Gholami, J. (2008). Knowledge translation for research utilization; design of a knowledge translation model at tehran

university of medical sciences. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 28(4). 270-277.

Malhotra, Yogesh. (1994). On science, scientific method and evolution of scientific thought: A philosophy of science perspective of quasi-experimentation. Retrieved from http://www.brint.com/papers/science.htm.

Mantzoukas, S. (2007). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection:levelling the hierarchy. *Journal of clinical nursing*, Blackwell Publishing Ltd. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01912.x.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Mathúna, D. P. (2004). The future of nursing. Postmodernism and Nursing, after the honeymoon. *JCN, 21(3), 4-11*.

Matos, M. & Sardinha, S. (1999). Estilos de vida activos e qualidade de vida. In L. Sardinha, M. Matos & I. Loureiro (Eds) *Promoção da Saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: FMH

Mattar, F. N. (2005). *Pesquisa de Marketing: metodologia e planejamento*. 6ª. ed. São Paulo: Atlas.

Matthews, M. R. (2000). *Time for Science Education: How Teaching the History and Philosophy of Pendulum Motion can Contribute to Science Literacy*. Kluwer Academic Publishers, New York.

Maturana, H., & Varela, F. (1997). *De máquinas e seres vivos. Autopoiese, a Organização do Vivo.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Maturana, H., & Varela, F. (2005). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano.* São Paulo: Palas Athena.

McCubbin, M.A. & McCubbin, H. I. (1996). Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaption in response to stress and crises. In M. A. McCubbin, A. I. Thompson & H. I. McCubbin (Edts) *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation* (p. 14). Madison: University of Wisconsin Press.

Meiers, S., Tomlinson, P., & Peden-McAlpine, C. (2007). Development of the Family Nurse Caring Belief Scale (FNCBS. *Journal of Family Nursing , 13*, pp. 484 - 502.

Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing* (3rd ed).Philadelphia: Lippincott.

Meleis, A. I.; Sawyer, L. M.; Im, Eun-Ok; Hilfinger Messias, DeAnne K.& Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle – Range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Miller-Ham, L. & Chamings, P.A. (1983). Family nursing: Historical perspectives. In I. W. Clements & F.B. Roberts (Eds), *Family health. A theoretical approach to nursing care* (pp. 34-43). New York. Wiley.

Ministério da Saúde. Direcção geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde, 2004-2010.* Acesso em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html.

Minuchim, S. (2011). *Families and Family Therapy*. (2ª ed). Routledge

Minuchin, S., & Fishman, H. (1990). *Técnicas de Terapia Familiar.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Miyata, H. & Kai, I (2009). Reconsidering Evaluation Criteria for Scientific Adequacy in Health Care Research: An Integrative Framework of Quantitative and Qualitative Criteria. *International Journal of Qualitative Methods,* 8(1), 64-75.

Morin, E. (2004). *Introducción al pensamento complejo.* Barcelona: Gedisa.

Morin, E. (2010). *En la ruta de las reformas fundamentales*. Hermosillo, Sonora, México

Moscovici, S. (1989) Des représentations collectives aux représentations sociales: Éléments pour une histoire. In D. Jodelet, (Ed) *Les Représentations Sociales*, pp.62-86. Paris: PUF.

Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social.* Petrópolis, RJ: Vozes.

Oliveira, P. C. M., Fernandes, H. I.V., 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. *Rev Esc Enferm USP*, 45 (6), 1331-7.

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22 (2),144* - 167.

Ordem dos Enfermeiros (2002a). A cada família o seu enfermeiro. Lisboa. Grafinter.

Ordem dos Enfermeiros (2002b). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa. Grafinter.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa. Grafinter.

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS.* Loures: Lusociência.

Organization Mondiale de la Santé. (2000). *L'infirmiere de famille, contexte, cadre conceptuel Et programme d'études.* Acesso (Maio 2010), de http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-frn-t06.pdf.

Pentland, Duncan, Forsyth, K., Maciver, D. Walsh, M. Murray, R. Irvine, L., & Sikora, S. (2011). Key characteristics of knowledge transfer and exchange in healthcare: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd.

Pereira, F. (2005). *Information relevance for continuity of nursing care. Online Journal of Nursing Informatics (OJNI), 9, (3).* Acesso (Outubro 2009), http://eaaknowledge.com/ojni/ni/9_3/pereira.htm.

Pfettscher, S. A. (2007). Florence Nightingale, 1820-1910. La enfermería moderna. In: A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds) *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Madrid. Elsevier. Mosby, p 71-90.

Pina, A. P. B. (2005). *Investigação e estatística com o epinfo*. Gabinete de Investigação e estatística. Delegação Regional do Algarve do Instituto de Droga e Toxicodependência.

Potter, P. (2005). *Fundamentos de Enfermagem.* São Paulo: Guanabara.

Queiroz, A. A. (2009). Enfermeiros e famílias: abordagem sobre a enfermagem de família e o enfermeiro (de saúde) da família. *Revista Sinais Vitais*, 85, 11-20.

Queiroz, D. T., Vall, J., Souza, A. M. A.& Vieira, V. F. C. (2007). Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**.** *R Enfermagem,* UERJ, Rio de Janeiro, 15 (2), 276- 283.

Relvas, A. P. (2000). *O ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. (2ª Ed). Porto: Edições Afrontamento.

Rodrigues, L. C. & Barrera, S. D. (2007). Auto-eficácia e desempenho escolar em alunos do Ensino Fundamental. *Psicologia em Pesquisa*, UFJF, 1 (2),41 – 53

Roy, C. & Roberts, S. L. (1981). *Theory construction in nursing: an adaptation model.* Universidade de Michigan. Prentice-Hall.

Royal College of Nursing (2003). *Defining Nursing.* Acesso em: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/ pdf_file/0008/78569/001998.pdf

Ruesch, J. & Bateson, G. (1951, 1968, 1987, (...), 2008). *Communication, the social matrix of Psychiatry*. New Brunswick, U.S.A.: Transaction Publishers.

Santos, M. L. V. A. (2008). Abordagem sistémica da família: impacto na família e no enfermeiro. Revisão sistemática de literatura. Universidade de Lisboa (No prelo).

Savage, J. (2005). Observação participativa: o uso do sujeito corpo para compreender a prática da enfermagem. In: Joanna L. (Eds). *Investigação qualitativa avançada para enfermagem*. Lisboa. Instituto Piaget

Schober, M., & Affra, F. (2001). *The family nurse: Frameworks for practice*. Switzerland: International Council of Nurses.

Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Editions Logiques.

Segaric, Cheryl A., & Hall, Wendy A. (2005) The family theory-practice gap: a matter of clarity? *Nursing inquiry*. Sep, Vol 12 (3), pp 210-218.

Serva, M.; Júnior, J. P. (1995). Observação participante e pesquisa em administração: uma postura antropológica. *Revista de Administração de Empresas***,** São Paulo,35 (1),64-79.

Seufert, T. (2003). Supporting coherence formation in learning from multiple representations. *Learning and Instruction*, 13, 227-237.

Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. New York: Houghton Mifflin Company.

Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem.* Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto: Porto.

Silva, L., Gonçalves, L., & Costa, M. (2007). Abordagem Sistêmica de Enfermagem à família – Considerações Reflexivas. *Servir, 54(5),* 214-223.

Simpson, P. & Tarrant, M., (2006). Development of the family nursing practice scale. Journal of Family Nursing, 12(4), pp 413-425.

Simpson, P; et al, (2006). Family systems nursing. A guide to mental Health Care in Hong Kong. Journal of Family Nursing, 12(3), pp 276-291.

Skynner, A.C. R. (1979). Reflections on the family therapies as family scapegoat. *Journal of family* , 1 (1) 7-22.

Sousa, E. S. A. S. (2011). A família – atitudes do enfermeiro de reabilitação. (Tese de Mestrado). Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Sousa, F. G. M., Figueiredo, M. C. A. B. & Erdmann, A. L. (2010). Instrumentos para avaliação e intervenção na família: um estudo descritivo. *Rev Pesq Saúde,*11(1),60-63.

Stone-Romero, E. F. (2004). *Organizational Research Methods.* Sage Publications, 7, 224-227 DOI: 10.1177/109442810472006

Svavarsdottir, E. K. (2006). Listening to the family's voice. Nordic nurses' movement toward family centered care. *Journal of Family Nursing, 12* (4), 346–367.

Trochim, W. & Donnelly, J.P. (2007). *The Research Methods Knowledge Base*. 3rd edition. Thomson Publishing, Mason, OH.

Trochim, W. (2005). *Research Methods: The Concise Knowledge Base*. Cincinnatti, OH: Atomic Dog Publishers.

Tsai, Ming-Tien & Tsai, Lin-Long (2005). The critical success factors and impact of prior knowledge during nursing clinical practice. *Journal of Nursing Management*.13, 459 - 466.

Tseng, K. H., Lou, S. J., Diez, C. R. & Yang, H. J. (2006). Using online nominal group technique to implement knowledge transfer. *Journal of engineering education*, 335-345. http://www.jee.org/2006/october/10.pdf.

Vasconcellos, M. (2002). *Pensamento Sistêmico: O Novo paradigma da Ciência.* São Paulo: Papirus.

Veloso, S. M. M. S. (2005).Determinantes da actividade física dos adolescentes: estudo de uma população escolar do concelho de Oeiras. Tese de mestrado em Psicologia desportiva. Universidade do Minho. Acesso em http://hdl.handle.net/1822/4800.

Von Bertalanffy, H. (1976). *General System theory: Foundations, development, Applications*. (3ª ed). New York: George Braziller, revised edition

Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. NewYork: Harcourt Brace/Churchill Livingstone.

Wensing, M. (2011). Implementation science: an introduction. Retrieved from h*ttp://www.european-academy-of-nursing-science.com/wp-content/uploads/2011/06/*

Wensing, M., Bosch, M. & Grol, R. (2010). Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *CMAJ*, 182 (2), *doi: 10.1503/cmaj.081233.*

Wernet, M. & Ângelo, M. (2003). Mobilizando-se para a família: dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Revista Escola Enfermagem USP***,** 37 (1), 19-25.

Whall, A., & Fawcett, J. (1991). *Family Theory Development in Nursing: State of the Science And Art.* Philadelphia: F.A.Davis.

Whyte, Dorothy A. (1997). Family nursing: A systemic approach to nursing work with families. In D. A. Whyte (Ed.), *Explorations in Family Nursing.(pp 1-24).* London and New York. Publisher: Routledge.

Whyte, Dorothy A. (1997). Reflections on family nursing. In D. A. Whyte (Ed.), *Explorations in Family Nursing.(pp 204-218).* London and New York. Publisher: Routledge.

World Health Organization (2000). Ministerial conference on nursing and midwifery in europe. Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health.Copenhagen. (EUR/00/5019309/6)

World Health Organization (2000). *The family health nurse context, conceptual framework and curriculum.* Copenhagen

World Health Organization. (2006). *Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study*. WHO Regional Office for Europe**.** Copenhagen. Acesso em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/102243/E88841.pdf

Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1996). *Beliefs, the heart of healing in families and illness.* New York: Basic books.

Wright, M. L. & Bell, J.M. (2009). Beliefs and illness: A model for healing. Calgary: 4th Floor Press.

Wright, M. L. & Leahey M. (2002). Enfermeiras e famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família. 3ªed. São Paulo. Roca.

Wright, M. L. & Leahey M. (2009). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention (5th ed.) Philadelphia: F.A. Davis Company.

Wright, M. L. (2011). Family Suffering in the Experience of Chronic Conditions. In ICE (Orgs.)*V Encontro de Investigação científica em enfermagem*. Funchal. Universidade da Madeira.

Wright, M. L., & Leahey M. (1999). Maximizing time, minimizing suffering: The 15-minute (or less) family interview. Journal of Family Nursing, 5 (3), pp 259-274.

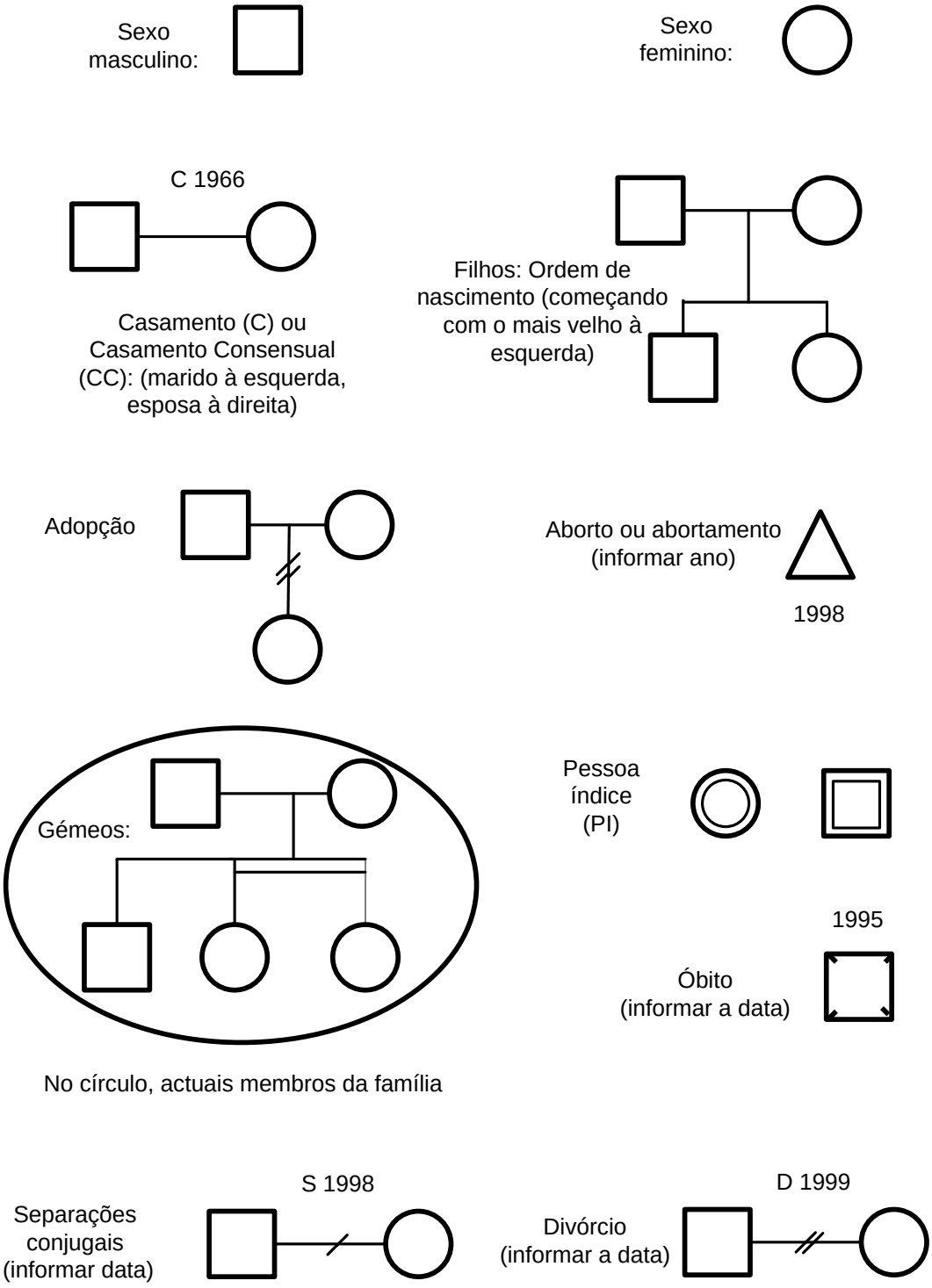
Wright, M. L., & Leahey M. (2005). The three most common errors in family nursing: How to avoid or side-step. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 90-101

Wright, M. L., & Leahey M., (1990). Trends in nursing of families. Journal of Advanced Nursing, 13, pp 148-154.

Yarwood, Judy (2008). Nurses' views of family nursing in community contexts: an exploratory study. *Nursing Praxis in New Zealand*, 24 (2), 41-51.

Anexo I - Elementos do genograma

Símbolos utilizados no genograma:



Fonte: Wright e Leahey (2002, p 86).

Anexo II – Ecomapa

Símbolos utilizados no diagrama de vínculos:

Sexo masculino:

Sexo feminino:

Vínculos:

Vínculos fortes

Vínculos moderados

Vínculos superficiais

Vínculos muito superficiais

Vínculos negativos

Fonte: Wright e Leahey (2002, p 86).

Anexo III - Programa Educacional

PROCESSO FORMATIVO
(Plano executado)

Destinatários: Enfermeiros
Formador: Maria Luísa Vieira Andrade Santos

Nº Sessão / Data	TEMÁTICA	OBJETIVO:	METODOLOGIAS	DURAÇÃO
1 / **04/2010**	Família numa perspetiva sistémica	- Definir família segundo uma perspetiva sistémica;	Expositiva/Interativa	1:30 Horas
2 / **05/2010**	Princípios da metodologia sistémica	- Identificar os princípios que orientam a avaliação e intervenção na família segundo uma perspetiva sistémica;	Expositiva/Interativa	1:30 Horas
3 / **06/2010**	A consulta de Enfermagem de família	- Simular a postura do profissional ao longo das diferentes etapas da consulta; - Analisar a postura do profissional segundo a abordagem sistémica do cuidado à família;	*Role Playing* Discussão	1:30 Horas
4 / **07/2010**	Crise e mudança na família	- Debater fundamentos teóricos dos modelos de Calgary de avaliação e intervenção na família; - Compreender o conceito de estabilidade/mudança no funcionamento da família	Expositiva/Interativa	1:30 Horas
5 / **08/2010**	O Genograma como ferramenta de avaliação e registo do enfermeiro de família	-Treinar a construção do genograma como instrumento de avaliação e registo;	Expositiva/Interativa Demonstração	1:30 Horas
7 / **09/2010**	A abordagem sistémica do cuidado à família: Constrangimentos e desafios	- Avaliar a aquisição de conhecimentos; - Identificar áreas suscetíveis para maior debate e discussão;	*Focus Group*	1:00 Horas
6 / **10/2010**	Conversas com famílias:	-Identificar a natureza do relacionamento enfermeiro-família – social VS terapêutico;	Expositiva/Interativa	1:30 Horas
7 / **11/2010**	Realizar uma consulta de enfermagem de família em 15 minutos. Realidade ou fição?	- Conduzir a consulta com a família em 15 minutos; - Avaliar os comportamentos do enfermeiro;	*Role Playing* Discussão	1:30 Horas

Total de Horas: 13 Horas presenciais

Anexo IV - Conversas entre enfermeiros e famílias

CONVERSAS ENTRE ENFERMEIROS E FAMÍLIAS
(**Guião de observação**)

Considere as diferentes etapas que orientam a entrevista com a família durante a Consulta de Enfermagem, e classifique numa escala de 1 (**Não satisfaz**) a 4 (**Satisfaz plenamente**) o desempenho do enfermeiro.

Etapa A - Contato

Comportamentos Observados	1	2	3	4
1 – Cumprimenta o cliente/família				
2 – Demonstra compreensão				
3 – Evidencia competência/conhecimento				
4 – É afável				
5 – Tem uma abordagem confiante e ativa				
6 – Dá oportunidade do cliente/família expressar as suas expetativas quanto aos cuidados de enfermagem				
7 – Estabelece alianças com todos os membros da família (é neutro)				
8 – Faz perguntas intencionais que estimulem os dados de avaliação familiar (é curioso)				
9 – Constrói com o cliente um genograma ou ecomapa				
10 – Reconhece a importância de todos os membros da família, estando presentes ou ausentes				
11 – Proporciona uma estrutura para a consulta				

Etapa B – Avaliação

Comportamentos Observados	1	2	3	4
12 – Cria oportunidades para a conversa (Faz perguntas circulares)				
13 – Gera contextos de mudança				
14 – Atende à perceção que o cliente/família tem do problema				
15 – Identifica as forças/potencialidades do cliente/família				
16 – Co-define o problema com o cliente/família				
17 – Atende ao padrão relacional / funcionamento familiar				
18 – Questiona e interação familiar e o problema de saúde				

Etapa C – Intervenção

Comportamentos Observados	1	2	3	4
19 – Estabelece com o cliente/família um plano de intervenção				
20 – Explora a solução/ as soluções coma a família				
21 – Co-constrói realidades de dissolução do problema				
22 – Corresponsabiliza o cliente/família pelos êxitos				
23 – Cria redes de suporte				
24 – Atende às crenças do cliente/família				
25 – Enfatiza novos comportamentos, em vez de solicitar interrupção de comportamentos				
26 – Prescreve tarefas e dá a oportunidade de não a cumprirem				
27 – Atende à competência do cliente/família				
28 – Monitoriza o estado de saúde do cliente/família				
29 – Incentiva a cooperação do cliente/família				

Etapa D – Conclusão

Comportamentos Observados	1	2	3	4
30 – Tem boas maneiras				
31 – Elogia as forças/recursos do cliente/família				
32 – Avalia a utilidade da entrevista				

COMENTÁRIOS!

Somos as nossas conversas e geramos as conversas que somos.

(Maturana & Varela in Wrigth, 2008)

- Convido-vos a refletir na ***arte da escuta ativa*** e no ***estar "por trás dos olhos"*** como competências essenciais à existência de conversas entre enfermeiros e famílias.

Notas:

Obrigada!
Luísa Santos
(lsantos@uma.pt)

Anexo V - Instrumento – FNPS

R. P.

UNIVERSIDADE DE LISBOA

ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ENFERMAGEM DE FAMÍLIA UM NOVO PARADIGMA NO CUIDAR

(Instrumento de colheita de dados)

2010

Caros (as) colegas,

Dirijo-me a vós convidando-os a aderir ao projeto **"Enfermagem de Família um novo paradigma no cuidar",** através do preenchimento do presente questionário.

O estudo empírico de natureza **quasi-experimental**, projetado no âmbito do Programa de Doutoramento em Enfermagem, em curso na Universidade de Lisboa, conduziu-me na senda dos modelos em uso na prática da Enfermagem de Família.

Teorias de enfermagem de família convidam os enfermeiros, envolvidos no trabalho com famílias, a usar abordagens que desafiam as suas práticas tradicionais em prol da visibilidade do cuidado de saúde da família. Não sendo nova a preocupação dos enfermeiros com as famílias a ênfase é agora colocada no modo como os enfermeiros envolvem as famílias nos cuidados, família como cliente ou família como unidade de cuidados.

A Investigação nesta área enfatiza um novo paradigma do cuidar – Paradigma interpessoal – realçando que a abordagem da família como um sistema modifica a prática dos enfermeiros e tem impacto na sua auto-estima pessoal e profissional.

O estudo que desenvolvemos, "A ***abordagem sistémica da família: impacto no enfermeiro"***, sob a Orientação da Professora Doutora Lorraine M. Wright e Co- Orientação da Professora Doutora Marta Lima Basto, tem por principal objetivo avaliar o efeito da abordagem sistémica da família no cuidado da família e na prática de Enfermagem.

O Instrumento de colheita de dados (ICD), Enfermagem de Família um novo paradigma no cuidar, trata-se de um questionário destinado a avaliar a prática de cuidados no trabalho com famílias.

Inerente à natureza do estudo, prevê-se dois momentos de aplicação do Instrumento de Colheita de dados no período de 1 ano. Caso pretenda comparar as suas respostas do início com as do fim, deverá identificar o ICD com um login, mas não use o seu nome próprio.

Garantida a devida confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos, gentilmente agradeço a Vossa Prestimosa Colaboração.

Funchal, Março de 2010

Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos

(e-mail: lsantos@uma.pt Tele: 917602561)

ENFERMAGEM DE FAMÍLIA UM NOVO PARADIGMA NO CUIDAR

(Santos, L., 2009)

Login[1]: _____

1. Idade _____ anos

2. Sexo: 1.Feminino ☐ 2.Masculino ☐

3. Estado civil: 1.Solteiro ☐ 2.Casado/União de fato ☐ 3.Divorciado/Separado ☐

4.Viúvo ☐

4. Habilitação académica: 1.Bacharel ☐ 2.Licenciado ☐ 3.Mestre ☐ 4.Doutor ☐

5.Categoria profissional: 1.Enfermeiro ☐ 2.Enfermeiro Graduado ☐ 3.Especialista ☐

6. Local de trabalho:1.Centro de Saúde ☐ 2.Hospital ☐ 3.Clínica ☐ 4.Lar ☐

Outro_____

7. Tempo na profissão _____ anos

8. Escreva 3 palavras que lhe façam lembrar Enfermagem de Família?

- ._____
- ._____
- ._____

9. Atendendo às normas implícitas no seu local de trabalho acerca dos cuidados de Enfermagem, assinale com um círculo, a que melhor traduz a vontade expressa:

As pessoas que mais poder têm no meu local de trabalho acham essencial que:

a) Os cuidados de enfermagem sejam dirigidos a todos os membros da família - família como recurso de si mesma.
b) Os cuidados de enfermagem sejam dirigidos a alguns membros da família - família como um recurso à saúde dos elementos doentes;
c) Os cuidados de enfermagem sejam dirigidos ao indivíduo – não há necessidade de envolver a família
d) Os cuidados de enfermagem sejam dirigidos ao indivíduo doente – família é parceira no cuidar.

10. A prática de Enfermagem de Família:

Family Nursing Practice Scale (Simpson, P. ; Tarrant, M.; 2006)

Por favor indique na escala de 1 a 5 o número, fazendo um círculo, que melhor reflecte o modo como se sente relativamente ao seu trabalho com as famílias.

10.1. O meu nível de confiança no trabalho com famílias é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
10.2. O meu nível de satisfação com a enfermagem de família é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
10.3. O meu nível de conhecimento sobre Enfermagem Sistémica da família é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
10.4. A minha aptidão para trabalhar com o sistema familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
10.5. O meu conforto ao envolver a família no planeamento de cuidados é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
10.6. Planeio intervenções de enfermagem em conjunto com o doente e a família	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
10.7. As famílias abordam-me acerca do seu parente doente.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
10.8. Promovo a participação, a escolha e o controlo do doente/família na satisfação das necessidades de cuidados de saúde	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
10.9. O meu envolvimento com as famílias é acima de tudo compensador.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
10.10. Evito a interferência dos meus preconceitos quando recolho, interpreto e comunico dados sobre o doente e família.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

10.11.Que problemas ou obstáculos acarretam para a sua prática de Enfermagem o envolvimento da família na avaliação e planeamento de cuidados?

_____

_____

_____

_____

_____

10.12. Que vantagens, caso existam, o envolvimento da família na avaliação e planeamento de cuida- dos traz para a sua prática de Enfermagem?

_____

_____

_____

10.13. O que fez na última semana no sentido de envolver as famílias na sua prática de cuidados de enfermagem? Por favor descreva.

_____

_____

_____

_____

_____

11. Dê 3 exemplos de intervenções que prescreve quando trabalha com as famílias?

1. _____
2. _____
3. _____

12. Dê 3 exemplos de ganhos em saúde, obtidos pela família, sensíveis à sua intervenção?

1. _____
2. _____
3. _____

13. A minha perceção de auto-eficácia no trabalho com as famílias é	Alta	1	2	3	4	5	Baixa
14. O meu local de trabalho tem condições para envolver a família no processo de cuidados de enfermagem	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

Muito Obrigada!

Anexo VI – Autorização do Conselho de Administração

SESARAM EPE
Serviço de Saúde da RAM EPE

C/C
- Direcção de Enfermagem do SESARAM, E.P.E.

Exmª. Senhora
Prof.ª Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos

Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.
SAÍDA
S.1004715 / 5 2010/04/19

Sua referência | Sua comunicação 03.03.2010 | N/Ofício

Assunto: TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

Relativamente ao pedido de autorização para desenvolver o Projecto "Abordagem Sistémica da Família: Impacto na Família e no enfermeiro no SESARAM, EPE", no âmbito do Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa, informo V. Exª. que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 19.04.2010, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, do qual se junta fotocópia.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração

António Almada Cardoso

FA

Av. Luís de Camões, n.º 57 – 9004-514 Funchal ☎291 709600 291 709603 E-mail: cadmin@srs.pt

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde
do
SESARAM,EPE

VJB. 15/4/10 V.

Parecer nº 20/2010

O Pedido:

Recebido da Direcção de Enfermagem para parecer, pedido de autorização da Maria Luísa Vieira de Andrade dos Santos, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem, Universidade da Madeira, para desenvolver o Projecto " Abordagem Sistémica da Família: Impacto na Família e no Enfermeiro no SESARAM,EPE", no âmbito do Programa de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa.

Parecer:

A CES/SESARAM,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Maul, Médico e Presidente, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo, Dr. Ricardo Santos, Médico, Drª Joana Dias, Juíza, Dr. Emanuel Gomes, Psicólogo, Drª Raquel Tranquada, Médica, e Enfermeira Isabel Santos, na sua reunião de 13 de Abril de 2010, decidiu dar parecer favorável ao pedido acima identificado por não levantar quaisquer problemas de ordem ética.

Funchal, 14 de Abril de 2010

O Presidente da CES

REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA – COMISSÃO DE ÉTICA – SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

(Edward Richard Maul)

Avenida Luís de Camões – 9004-514 Funchal ☎291 705612 291 743783

Anexo VII - Declaração de Consentimento Informado

Abordagem sistémica da família: Impacto na família e no enfermeiro. M. Luísa Santos

CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da finalidade da presente Pesquisa, dos meus direitos à participação no mesmo , bem como tive a oportunidade de colocar as questões julgadas necessárias.

Mais declaro que:

☐ É da minha livre e espontânea vontade participar neste estudo e autorizo que dados anónimos a meu respeito sejam processados eletronicamente e possam ser divulgados mantendo-se o carácter confidencial das informações.

☐ Concordo que o meu filho participe neste estudo, bem como autorizo que dados anónimos a seu respeito sejam processados eletronicamente e possam ser divulgados mantendo-se o carácter confidencial das informações.

Nome/assinatura do participante/familiar	Data: / /
Nome/assinatura do investigador:	Data: / /

✂……

Abordagem sistémica da família: Impacto na família e no enfermeiro. M. Luísa Santos

CONSENTIMENTO INFORMADO

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da finalidade da presente Pesquisa, dos meus direitos à participação no mesmo , bem como tive a oportunidade de colocar as questões julgadas necessárias.

Mais declaro que:

☐ É da minha livre e espontânea vontade participar neste estudo e autorizo que dados anónimos a meu respeito sejam processados eletronicamente e possam ser divulgados mantendo-se o carácter confidencial das informações.

☐ Concordo que o meu filho participe neste estudo, bem como autorizo que dados anónimos a seu respeito sejam processados eletronicamente e possam ser divulgados mantendo-se o carácter confidencial das informações.

Nome/assinatura do participante/familiar	Data: / /
Nome/assinatura do investigador:	Data: / /

Anexo VIII - Obstáculos ao Trabalho dos Enfermeiros com as Famílias

Categorização dos obstáculos para a prática de enfermagem de família

Categoria /subcategoria		Unidade de registo	Pré-teste N	Pré-teste %	Pós-teste N	Pós-teste %
Enfermeiro	Metodologias de trabalho	" Dificuldade na efetividade do trabalho em equipa"	1			
		"… dificuldade na adequação dos recursos à articulação do trabalho realizado dentro e fora do Centro de Saúde"	1			
		"… a tendência para persistir no modelo biomédico …"	1			
		"Talvez os enfermeiros já o façam …, mas é necessário interiorizar como metodologia de trabalho"	1			
	Tempo	" o tempo disponível para uma intervenção com a família é escasso"	3		2	
		" Falta de disponibilidade … por parte dos enfermeiros."	1			
	Competências	" Exige uma grande capacidade de comunicação"	1			
		" … habilidades para negociar com a família o seu plano de cuidados"	1			
	Conhecimento	"Quando um elemento da família tem um problema de saúde e um familiar busca ajuda - Como abordar um elemento com problema à procura de ajuda?"	1			
	Motivação	" Falta de … interesse por parte dos enfermeiros."	1		1	
		" … falta de motivação "			1	
Subtotal			12	42,9	4	14,8
Instituição	Recursos	"a falta de recursos humanos e materiais"	3			
		"poucos recursos humanos e materiais em caso de visitas domiciliárias"	1		1	
		"… falta de recursos humanos"			2	
	Dinâmica	" … a própria organização do serviço"	1		1	
		" … organização do trabalho do enfermeiro por atividades"	1			
		" algumas vezes … o volume de trabalho"	1			
		" … divergência de ideias"	1			
		" …limite de tempo nas consultas"			1	
		" … flexibilidade de horários"			1	
Subtotal			8	28,6	6	22,2

Continua na pág. Seguinte

(Continuação da pág. anterior)			N	%	N	%
Família	Funcionamento	"… famílias desvinculadas ou seja sem sentimentos de pertença entre os elementos"	1			
		" …impermeabilidade familiar."	1		1	
		" Nem sempre os elementos da família se encontram disponíveis para trabalhar … connosco"	1		3	
		"… falta de interesse por parte dos utentes"			1	
		"…autonomia da família;"			1	
		"auto-organização familiar"			2	
		"interação familiar"			1	
		" …maior conhecimento da família"			1	
	Estrutura	"… a intervenção dirigida para um elemento de referência ou pessoas mais próximas"	1			
		"Famílias desestruturadas…"	1			
		"… utentes que vivem sós"	1			
		"Dificuldades de alguns familiares/clientes/elementos do agregado familiar recorrerem ao Centro de Saúde "			5	
Subtotal			6	21,4	15	55,6
Outros		"as vantagens são superiores aos obstáculos"	1			
		"O envolvimento não traz nenhum obstáculo ou problema"	1		2	
Subtotal			2	7,1	2	7,4
Total			**28**	**100,0**	**27**	**100,0**

Nota: Capítulo III – Discussão de Resultados

Anexo IX - Vantagens ao Trabalho dos Enfermeiros com as Famílias

Categorização das vantagens associadas ao envolvimento da família na prática de Enfermagem

Categoria /Subcategorias		Unidade de registo	Pré-teste		Pós-teste	
			N	%	N	%
Enfermagem	Reconhecimento	"Satisfação profissional …"	2		6	
		"Satisfação pessoal …"	1		2	
		" … motivação para fazer mais e melhor"	1		1	
		" … aquisição de mais competências e nível da abordagem sistémica"			1	
		" Reconhecimento … do enfermeiro como elemento integrante na resolução do problema da família"			1	
		" …melhoria da qualidade dos cuidados"	1		1	
		"… interação enfermeiro família"			1	
	Missão	"servir (…) potenciar, facilitar as mudanças que a própria família quer que aconteçam"			1	
		"… elo de ligação entre a família a comunidade e serviços de Saúde"	1		1	
		"Continuidade de cuidados …"	1			
		"Humanização … personalização dos cuidados"	1			
Subtotal			**8**	**32,0**	**15**	**41,6**
Processo de Enfermagem	Avaliação	" facilita o entendimento do funcionamento familiar …"	1			
		"Avaliar (…) a família e nos seus elementos"	1		1	
		" … maior conhecimento acerca da realidade do doente …"	1			
		"Atende às necessidades da família"	1			
		"…conhecimento mais profundo do foco do problema da família"			2	
		" … conhecimento sobre a família"			2	
		"Abre espaço para a família contar a sua história e dizer o que pretende"			1	

Continua na pág. Seguinte

Continuação da pág. Anterior			N	%	N	%
Processo de Enfermagem	Diagnóstico	" … e entendimento da problemática do indivíduo/família"			2	
	Intervenção	" … intervir na família e nos seus elementos"	1			
		" …aumenta a eficácia das intervenções planeadas e implementadas"	1			
		"Melhor adequação das intervenções."	1		1	
		"Permite uma ação dirigida e eficaz para o utente e família"	1			
		"… delegar em cada membro uma função facilitadora da dinâmica familiar"	1			
		"Potencia o alcance dos objetivos da intervenção de enfermagem"	1			
		" … intervir na família e nos seus elementos em todas as vertentes da saúde/doença"			1	
		"…otimização das intervenções para a resolução do problema"			1	
Subtotal			**10**	**40,0**	**11**	**30,6**
Saúde da Família	" … prevenção a um nível mais eficaz"		1		1	
	" maior satisfação da família"		1			
	" … segurança da família"		1			
	" Famílias mais responsáveis e comprometidas com o seu plano de cuidados" " … aumenta a responsabilidade da família na mudança"		1		2	
	" …maior autonomia da família"				1	
	"maior poder de decisão"		1			
	"… maiores ganhos em saúde para o utente/família"		1		4	
	" resultados em todas as vertentes da saúde/doença"		1			
	" …envolvimento da família na resolução dos problemas"				2	
Subtotal			**7**	**28,0**	**10**	**27,8**
Total			**25**	**100,0**	**36**	**100,0**

Nota: Capítulo III – Discussão de Resultados

Anexo X - Funções do Enfermeiro no Trabalho com as Famílias

Representações das funções do enfermeiro de família: categorização e frequência das unidades de registo[6]

Categoria	Unidade de registo	Pré - teste		Pós-teste	
		Nº	%	Nº	%
Prestadora e supervisora de cuidados	" …colaboração nos cuidados"	2			
	"validar os apoios no seu autocuidado"	1		1	
	"envolver as famílias nos cuidados com o utente acamado, em especial nos posicionamentos e alternância de decúbitos"	1			
	"Avaliei desenvolvimento do bebé"	1			
	"Elogiei capacidade/competência da família a fim de envolve-la em todo o processo"	1		1	
	"… promovi (…) os cuidados a uma puérpera"			1	
	" … assisti nos cuidados a uma puérpera"			1	
	" … as medidas a serem tomadas são sempre decisão da família com o suporte do enfermeiro"			1	
Subtotal		**6**	**23,1**	**5**	**21,7**
Educadora de saúde	" Esclarecimento de dúvida"	1			
	" …digo como temperar as refeições"	1			
	" … ensino como confecionar…"	1			
	" … oriento sobre o que tem de comer"	1			
	" …transmitir informação necessária sobre cuidado ao cliente"	1			
	" … ensinos /orientações para controlo da glicémia capilar no domicílio"			1	
	" … prevenção a um nível mais global /sistémico"			1	
	" … promover o conhecimento para o bem estar das mulheres e família através de sessões de educação"			1	
Subtotal		**5**	**19,2**	**3**	**13,0**
Investigadora/Avaliar as necessidades da família	Conhecer a família	1		2	
	" …identificando o principal prestador de cuidados"	1		1	
	" … apoios sociais existentes"	1		1	
	" identifiquei o seu agregado familiar"	1			
	" …conhecer o funcionamento da família e perceber as suas estratégias para resolver o problema."			1	
	"… identifico as forças e por vezes as fraquezas da família e defino o problema."			1	
Subtotal		**4**	**15,4**	**6**	**26,1**
Continua na pág. Seguinte					

[6] Capítulo III – Discussão de Resultados

Continuação da pág. Anterior		Pré - teste		Pós-teste	
Categoria	Unidade de registo	Nº	%	Nº	%
Assessor	“ … apoiar o prestador de cuidados”	1			
	“… tendo apenas intervindo no elemento de referência”	1			
	“ demonstrando disponibilidade de orientação quando necessário”	1			
	“ …crio oportunidades para conversar”			1	
	” … escutar a família sobre a tomada de decisão para os problemas”			1	
	“Dei poder às famílias na determinação de soluções/alternativas para resolução dos seus problemas”	1			
Subtotal		**4**	**15,4**	**2**	**8,7**
Gestora e coordenadora	“ …referenciar para consulta de seguimento de saúde”	1			
	“ organização do trabalho”	1			
	“ …contacto com sobrinho (utente sem membros inferiores e que vive só)”			1	
	“ …contacto com Assistente social”			1	
	“ referi para a enfermeira de saúde mental”			1	
	“… solicitei que a irmã se deslocasse ao centro de saúde, a uma consulta”			1	
	“ …realizar proposta para a Rede de cuidados continuados”			1	
Subtotal		**2**	**7,7**	**5**	**21,7**
Consultora	“ fiquei destacada na consulta … a forma que eu consegui envolver a família … quando eu atendia um casal”	1			
	“A minha prática desenvolveu-se mais a nível da visita domiciliária”	1			
	“ … cliente deslocava-se à consulta com ansiedade marcada devido a problemas de saúde da irmã.”			1	
	“… depois da família aceitar que esse problema está afetar a sua estabilidade é incentivada a encetar comportamentos que vão de encontro à solução”			1	
Subtotal		**2**	**7,7**	**2**	**8,7**
Conselheira	“Um cliente com pé diabético, em que tento incutir na família que tem um papel importante na cura física e psicológica do cliente quando estes o acompanham ao CS para tratamento”	1			
	“Aconselhei os pais a usar as mesmas estratégias no domicílio”	1			
	“Importância dos cuidados”	1			
Subtotal		**3**	**11,5**	**-**	
Total		**26**	**100,0**	**23**	**100,0**

Anexo XI - Intervenções dos Enfermeiros com as Famílias

Representações das Intervenções de enfermagem com a família: categorização e unidades de registo

Categoria	Subcategorias	Unidade de registo	Pré-teste		Pós-teste	
			Nº	%	N	%
Atender	Relacionar	"escutar … o prestador de cuidados"	2			
		" …escutar os elementos da família se possível individualmente"	2			
		"…escuta ativa"			1	
		"… conversar com o prestador de cuidados"	1			
		"elogiei cuidado prestado"	1			
		" elogiei a família ao longo do processo …"	1		1	
		" … colaboração nos cuidados"	1			
		" envolvi os irmãos e o pai nos cuidados ao bebé"	1		1	
		" … mediar conflitos."	1			
		"refletir conjuntamente com as famílias sobre os seus problemas"			1	
		" …envolvimento dos membros da família no cuidado a um cliente "…envolver família no processo"			3	
		"envolver família no cumprimento do regime terapêutico"			1	
		" … às crenças do utente /família"			1	
		Estar atento, disponível			2	
	Assistir	Facilitar mecanismos de coping			1	
	Promover	" … motivei para a amamentação exclusiva nos 1ºs 6 meses de vida"	1			
		" Dar poder à família na gestão do stress/crise;"	1		1	
		" … sensibilizar as famílias para a sua necessidade de mudança"	1			
		"… a comunicação entre a família"	1			
		" … o respeito pela privacidade …"	1			
		"… uma reflexão do problema"	1			
		" … o utente/família na busca de soluções com significado para si"			1	
	Apoiar	"Ajudei indivíduos e família a se adaptarem à alteração de doença"	2		1	
		" Apoiei o prestador de cuidados" apoio emocional	1		1	
Subtotal			**19**	**48,7**	**16**	**50,0**
Continua pág. seguinte						

Continuação da pág. anterior						
Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N	%	N	%
Informar	Orientar	“ … a família sobre implementação de medidas de proteção”	1			
		“… família a planear medidas de proteção”	1			
		“ … cuidados para elevação do membro inferior de um doente com ferida	1			
		“ … familiar a aumentar ingestão hídrica do cliente”	1			
		“ … alimentação adequada para o doente hipertenso”	1		1	
		orientar para resolução das suas decisões			1	
		Técnicas de relaxamento			1	
	Ensinar	“Ensino dirigido …”	1			
		“ … educar o doente e família”	1		2	
		“ … o familiar a posicionar cliente em DL”	1			
		“Instrui sobre técnica de massagem segundo a APMI”	1			
		“ … autocontrolo glicémico de um familiar”			1	
		alimentação adequada para o doente hipertenso			1	
		“ Informar e esclarecer a família”	1			
	Aconselhar	“… o doente e família”	1		1	
		“ … hidratação e alimentação adequada de um acamado”	1			
		“ … autocontrolo glicémico de um familiar”	1			
Subtotal			**13**	**33,3**	**8**	**25,0**
Determinar	Avaliar	“ Identifico recursos sócio económicos e apoios disponíveis”	1		1	
		“ … o ecomapa e genograma …”	2		2	
	Monitorizar	“ … estado de saúde da família”			1	
	Observar	“validei cuidados realizados ao cliente pelo prestador de cuidados “	1			
Subtotal			**4**	**10,3**	**4**	**12,5**
Gerir	Organizar	“… encaminhar (…) a um técnico diferenciado”	1		1	
		“ Referir para o médico …”	1			
		“ … encaminhar nas suas necessidades”	1			
		“ …encaminhar para recursos”			3	
Subtotal			**3**	**7,7**	**4**	**12,5**
Total			**39**	**100,0**	**32**	**100,0**

Nota: Capítulo III – Discussão de Resultados

Anexo XII - Perceção da Família sobre os Cuidados de Enfermagem

Percepção da família sobre cuidado de enfermagem: Categorização e unidades de enumeração

Sub categorias	Unidades de registo	Pré-teste		Pós-teste	
		N	%	N	%
Relação interpessoal	“ Estão sempre lá … quando preciso”	4		6	
	“ São honestos…”	2		2	
	“ admiro a sua humildade”	2		2	
	“ …são simpáticos…”	4		6	
	“ …são seres humanos como os outros”			1	
	“Confiança a interagir muito melhor…”			4	
	“ Somos bem atendidos”	6		10	
	“Eles perguntam e eu respondo …”	1			
	“Preocupam-se connosco”	5		7	
Subtotal		**24**	**54,5**	**38**	**59,3**
Relação Terapêutica	“ … eu sinto um alívio o resto do dia”	1			
	“ … e fui bem tratado, tanto eles interagiram da maneira deles como eu também fiz a minha parte, à minha maneira e consegui ultrapassar tudo”			1	
	“ …fazem companhia (…) esta coisa de eles irem a casa quando não se pode ir ao centro, também já é bom …”	1		5	
	“ … cuidam”	1		2	
	“ Sim, no conversar, eles ajudam”	2		7	
	“Eles ajudam, dão conselhos, ensinam a alimentação, a medir o peso, o colesterol, os triglicémios …”	1			
	“…ajuda-me a controlar a respiração, a tosse”	1			
	“ …ajudou-me a estabilizar”	1		2	
	“O que eu evolui …”			2	
	“Ajuda-me a mim em princípio …”			1	
	“ …ensinam bastante”	5			
	“ … é um apoio.”	2		4	
Subtotal		**15**	**34,1**	**24**	**37,5**
Formação	“Eles fazem o dever deles. O dever deles, o trabalho deles …”	1			
	“… eles têm curso de enfermeiros, não sabem como o médico.”	1			
	“ Não sei o que eles sabem”	1			
	“…têm outro conhecimento que eu não tenho…”			1	
Subtotal		**3**	**6,8**	**1**	**1,6**
Experiência	“Ela própria vê, quando ela vê que eu estou muito aflita, quando é preciso o médico ela diz …”	1			
	“O enfermeiro é, como assim … um psicólogo.”	1			
	“Mas eu penso que eles não podem fazer melhor. “			1	
Subtotal		**2**	**4,5**	**1**	**1,6**
Total		**44**	**100,0**	**64**	**100,0**