

**A SISTÊMICA FAMILIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA
FAMÍLIA – IMPACTO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Tânia Mesquita Jordão

Leiria, setembro de 2019

**A SISTÊMICA FAMILIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA
FAMÍLIA – IMPACTO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Tânia Mesquita Jordão

Dissertação Apresentada à Escola Superior de Saúde de Leiria para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar.

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

Leiria, setembro de 2019

AGRADECIMENTOS

O trabalho compilado nesta dissertação contou com preciosa ajuda, a qual nunca conseguirei agradecer tanto quanto me vai no coração.

À Professora Doutora Carolina Henriques, não há agradecimentos suficientes pela sua disponibilidade, paciência e empenho, pela assertividade, sentido prático e incentivo, pela sua presença sempre pautada pela boa disposição. Muito obrigada.

Aos meus colegas de trabalho que, de boa vontade, fizeram quanto puderam para que as minhas ausências no serviço fossem minimizadas.

À Eva, companheira de jornada e desafio, pelo apoio e ânimo.

À Isa e à Rita pelas tantas palavras de incentivo, sempre honestas e entusiastas.

Aos amigos, que nas minhas tantas ausências cuidaram da minha filha.

À Lara, minha filha, pelo seu amor sem reservas.

RESUMO

A Enfermagem de Saúde Familiar, com um corpo de conhecimentos próprio resultante da agregação dos modelos de enfermagem, de teorias da terapia familiar e de teorias de ciências sociais da família, que conduz a mudança de paradigma do indivíduo para a família, tem evoluído nas últimas décadas, constituindo uma área de intervenção e investigação recente. Os estudos existentes, ainda escassos, indiciam que a abordagem sistémica da família não é prática habitual no cuidado à família.

O presente estudo visa conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal e a sua perceção acerca dos conceitos de família e de enfermagem de saúde familiar, identificar os seus conhecimentos quanto a sistémica familiar no cuidado de enfermagem e avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família.

O estudo, que teve como instrumento de colheita de dados o questionário autoadministrado, é composto por dois momentos de recolha de dados sobre o mesmo grupo de sujeitos, uma avaliação inicial e uma avaliação um mês após o programa de formação, designando-se de tipo quase-experimental, com desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal. A população e amostra são sobreponíveis, constituídas pelos oito enfermeiros que exercem funções na Unidade de Saúde Familiar (USF), seleccionada por facilidade de acesso.

A avaliação inicial revela diferentes níveis de conhecimentos acerca de sistémica familiar nos participantes, acusando na generalidade conhecimentos deficientes atendendo ao que se preconiza para uma USF. Na avaliação pós formação constatou-se o impacto positivo da intervenção formativa para enfermeiros, verificada pelo aumento dos conhecimentos avaliados, validando portanto a hipótese de investigação: Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação, anunciando a necessidade e importância de desenvolver e implementar programas de formação neste âmbito para profissionais de enfermagem.

Palavras-chave - Conhecimento, Cuidados de Enfermagem, Educação em Enfermagem, Enfermagem Familiar, Família.

ABSTRACT

Family Health Nursing, with its own body of knowledge resulting from the aggregation of nursing models, family therapy theories and family social science theories, leading to a paradigm shift from individual to family, has evolved in recent decades, constituting an area of recent intervention and research. Existing studies, still scarce, indicate that the systemic approach of the family is not a usual practice in family care.

This study aims to know the sociodemographic and professional characteristics of nurses who are part of a Family Health Unit in the Central Region of Portugal and their perception about family and nursing concepts of family health, identify their knowledge about family systemic in care and to evaluate the impact of a knowledge-centered formative program on family systemic in family care.

The study, which had the self-administered questionnaire as a data collection instrument, is composed of two moments of data collection on the same group of subjects, an initial assessment and an assessment one month after the formative program, being nominated as a quasi-experimental study, with pre-test and post-test design without control group, quantitative and longitudinal. The population and sample are overlapping, consisting of the eight nurses who work in the Family Health Unit, selected for ease of access.

The initial assessment reveals different levels of knowledge about family systemic in the participants, generally accusing deficient knowledge in accordance with what is recommended for a Unit of Family Health. In the post-training evaluation, the positive impact of the formative intervention for nurses was verified, verified by the increase of the evaluated knowledge, thus validating the research hypothesis: There are statistically significant differences in the knowledge about family systemic in family care of nurses who are part of a Unit of Family Health in the Central Region of Portugal, before and after the implementation of a induction Program, announcing the need and importance of developing and implementing formative programs in this area for nursing professionals.

Keywords - Knowledge, Nursing Care, Nursing Education, Family Nursing, Family

ÍNDICE

RESUMO	iii
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE QUADROS	ix
ÍNDICE DE TABELAS	x
LISTA DE SIGLAS/ACRÓNIMOS	xi
INTRODUÇÃO	12
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1 – FAMÍLIA	15
2 – A ENFERMAGEM E A FAMÍLIA: TEORIAS CONCEPTUAIS	17
2.1 – ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR	20
2.2 – O MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	23
3 – ABORDAGEM SISTÉMICA NO CUIDADO À FAMÍLIA	26
3.1 – DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA	29
3.2 – IMPACTO DE PROGRAMAS DE FORMAÇÃO NO DOMÍNIO DA ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: ESTUDOS EMPÍRICOS. ...	32
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	37
1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	38
1.1 – TIPO DE ESTUDO	38
1.2 – OBJETIVOS	39
1.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	39
1.4 – HIPÓTESES	40
1.5 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA	40

1.6 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	41
1.7 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
1.8 – PROGRAMA DE FORMAÇÃO.....	44
1.9 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	45
2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	48
2.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA.....	48
2.2 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS CONCEITOS DE FAMÍLIA E DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR.....	49
2.2.1 – Perceção sobre o conceito de família	49
2.2.2 – Perceção sobre os tipos de família	51
2.2.3 – Perceção sobre o conceito de enfermagem de saúde familiar	51
2.3 – CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE SISTÉMICA FAMILIAR. ..	53
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
4 – CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Questionário	
APÊNDICE II – Pedido ao coordenador da USF de autorização para aplicação do estudo e autorização do mesmo	
APÊNDICE III – Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e respetivo parecer	
APÊNDICE IV – Pedido de autorização ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde para aplicação do estudo e autorização do mesmo	
APÊNDICE V – Folha de informação sobre o estudo	
APÊNDICE VI – Consentimento informado	
APÊNDICE VII – Programa de formação	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema integrativo sobre a conceptualização da enfermagem de família baseado em Hanson (2005), construído pela autora.....	18
Figura 2 – Diagrama do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar.....	20
Figura 3 – Organização da Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977).....	46
Figura 4 – Organização da codificação segundo Bardin (1977).....	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Características das abordagens da enfermagem de família.....	21
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado do teste de normalidade da variável dependente.....	47
Tabela 2 – Distribuição sociodemográfica e profissional dos participantes.....	48
Tabela 3 – Caracterização dos participantes face à idade.....	49
Tabela 4 – Caracterização do tempo de exercício profissional dos participantes.....	49
Tabela 5 – Distribuição das palavras-chave associadas ao conceito de família.....	50
Tabela 6 – Distribuição dos tipos de família identificados pelos participantes.....	51
Tabela 7 – Distribuição das palavras-chave associadas ao conceito de enfermagem de saúde familiar.....	52
Tabela 8 – Caracterização dos resultados da avaliação dos conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar.....	54
Tabela 9 – Resultado do Teste t para amostras relacionadas.....	54

LISTA DE SIGLAS/ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

USF – Unidade de Saúde Familiar

WMA – World Medical Association

INTRODUÇÃO

A enfermagem de saúde familiar tem assumido diferentes nomenclaturas, comum a todas elas é a mudança do paradigma do cuidado centrado no indivíduo para o cuidado à família enquanto unidade e foco. E se historicamente enfermagem e famílias eram indissociáveis, com a implementação do modelo biomédico verificou-se o afastamento entre ambas.

O percurso da enfermagem de saúde familiar enquanto disciplina é recente, e os estudos existentes, ainda escassos, indiciam que a abordagem sistémica da família não é prática regular no cuidado à família, percepção que suscitou a curiosidade e interesse para o tema, sobretudo para os conhecimentos e percepções dos enfermeiros, em particular os que trabalham em Unidades de Saúde Familiar (USF), e para a necessidade e pertinência de ensinar os enfermeiros sobre famílias e sistémica familiar.

O estudo apresentado visa conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal e a sua percepção acerca dos conceitos de família e de enfermagem de saúde familiar, identificar os seus conhecimentos quanto a sistémica familiar no cuidado de enfermagem e avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família.

Visando a sistémica familiar no cuidado de enfermagem centrado na família como área de particular interesse, delimitou-se um domínio específico de investigação, tendo formulado a questão à qual se pretende responder com o presente estudo - qual o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal?

O estudo é composto por dois momentos de recolha de dados sobre o mesmo grupo de sujeitos, uma avaliação inicial e uma avaliação um mês após o programa de formação, designando-se de tipo quase-experimental, com desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário autoadministrado. A população e amostra são sobreponíveis, constituídas pelos oito enfermeiros que exercem funções na Unidade de Saúde Familiar, selecionada por facilidade de acesso.

O presente estudo divide-se em duas partes. A primeira parte constitui o enquadramento teórico, onde se explanam os contextos de família, as teorias conceptuais da enfermagem de saúde familiar, a abordagem sistémica no cuidado à família e os estudos empíricos, firmando as bases teóricas desta investigação. A segunda parte, o estudo empírico, consta do enquadramento metodológico do estudo, compõe-se dos procedimentos e instrumentos utilizados; da apresentação dos resultados obtidos e a sua análise descritiva e inferencial; da discussão fundamentada dos resultados obtidos e conclusão.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – FAMÍLIA

As primeiras definições de família, elaboradas por teóricos de diferentes disciplinas e também pelos teóricos de Enfermagem, baseavam-se em laços de sangue, de casamento e legais, Burgess e Locke (1953), citados por Hanson (2005, p.6), definiram família como: “...um grupo de pessoas unidas por laços de matrimónio, sangue, ou adoção, constituindo um único lar; interagindo e comunicando uns com os outros dentro dos seus papéis sociais de marido e mulher, pai e mãe, filho e filha, irmão e irmã; criando e mantendo uma cultura comum.” (Hanson, 2005, p.6).

Ao longo dos tempos esses conceitos foram ultrapassados e englobados por outros. Segundo Hanson (2005, p. 6), família são “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos”. Indica também, que diferentes disciplinas de conhecimento valorizam aspetos diferentes na definição do conceito. Por exemplo, na área legal importam os laços de sangue, adoção, casamento; na biológica as redes genéticas; na sociológica os grupos de pessoas que vivem juntos e na psicológica os laços emocionais.

Indivíduos, famílias e sociedade estão em constante interação. São diversas as alterações sociais que influenciam a mudança das famílias e o surgimento de novas e diferentes configurações familiares. De acordo com Ratti (2005, p. 61) “A família é a intermediária entre o indivíduo e a sociedade, pois é nela que se aprende a perceber o mundo e situar-se nele, passando constantemente por processos de negociações.”

Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), as famílias são hoje mais pequenas. A dimensão média das famílias tem vindo progressivamente a diminuir, com 2,8 elementos em 2001, 2,6 elementos em 2011 e 2,5 elementos em 2017. Diminuiu também o número de nascimentos - 112774 nados vivos em 2001, 96856 em 2011 e em 2017 o número de nascimentos foi de 86154, em 2018 registaram-se 87020 nados vivos.

As famílias unitárias, pessoa que vive sozinha, independentemente da relação conjugal, sem coabitação, na maior parte dos casos uma pessoa idosa, representavam, em 2011, cerca de 21% do total de famílias, tendo o seu número vindo a aumentar nas últimas décadas. Em 1970, a título exemplificativo, estes agregados representavam 10% do total de famílias. Em 2018 estes agregados representavam 22,65% do total de famílias (Pordata, 2019).

Em 2018 a estrutura familiar predominante continuava a ser a família nuclear ou simples, o casal com filhos representa 34% das famílias, seguido do casal sem filhos, em 24% das famílias. Em 2011, foram recenseados 398170 núcleos familiares monoparentais, família constituída por um progenitor que coabita com o/os filho/s, o que representa um crescimento de cerca de 45% face a 2001. Em 2017 as famílias monoparentais eram 439787 e em 2018 460315, representando 11% dos agregados familiares. Nas famílias monoparentais predomina que o progenitor que vive com os filhos seja a mãe, verificando-se esta situação em 87,1% dos casos em 2018. Núcleos familiares reconstituídos (família reconstruída, combinada ou recombinada – Família em que existe uma nova união conjugal, com ou sem descendentes de relações anteriores) mais que duplicam. Constata-se ainda, que o número de divórcios por cada 100 casamentos diminuiu em 2017 face a 2011, diminuiu também o número de casamentos (Pordata, 2019). Estes dados são reveladores da alteração do modelo de vivência familiar que tem vindo a operar-se na sociedade portuguesa nos últimos anos.

Enquanto célula da sociedade, as famílias simultaneamente definem e refletem o meio onde se integram. As alterações sociais, económicas, políticas, culturais, demográficas e tecnológicas têm levado a que as famílias se transformassem e diversificassem (Dias, 2011). As novas e diversas formas de construir família mantêm no entanto as mesmas funções de suporte dos seus membros (Fernandes, 2015).

No dia Internacional da Família, em 2008, a Ordem dos Enfermeiros refere que falar de família é simultaneamente falar do que sentimos, pois todos nós temos uma família e cada um de nós é capaz de identificar quais as pessoas a que chama a sua família e do que sabemos, uma vez que, ao longo dos tempos, cada cultura, cada disciplina científica, cada área da sociedade criou a sua própria definição de família originando uma multiplicidade de conceitos, cada um procurando encerrar em si todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi tomando.

Atualmente, a abordagem sistémica da família valoriza a relação e organização das famílias. Wright e Leahey (2009), expressam que na definição de família o relevante são os laços, e que família é quem os seus membros dizem que são.

2 – A ENFERMAGEM E A FAMÍLIA: TEORIAS CONCEPTUAIS

As famílias têm sido foco de particular atenção nas últimas décadas em diferentes áreas científicas e também da enfermagem. Hanson (2005) salienta que desde o seu início que a Enfermagem e a família são indissociáveis. Historicamente, desde tempos pré-históricos, era papel da mulher cuidar dos membros da família doentes e manter a higiene do meio, promovendo assim a saúde. A Enfermagem ao longo da sua história como ciência, sempre demonstrou a sua preocupação do “pensar em família”, no entanto a Enfermagem de Família, como área disciplinar é recente, tendo-se vindo a impor a partir da década de 90. Florence Nightingale é perscrutora da Enfermagem de Saúde Familiar, envolvendo familiares dos militares em combate na Guerra da Crimeia nos cuidados prestados nos hospitais e implementando cuidados de Enfermagem distribuídos por zonas nos domicílios, praticando a enfermagem centrada na família enquanto unidade de serviço.

Ao longo da história está patente que o envolvimento da família faz parte da enfermagem, no entanto, com a evolução científica e tecnológica e o paradigma biomédico, durante algum tempo o aspeto curativo assumiu particular importância. Verificou-se o abandono dos cuidados domiciliários e o doente foi transportado para o hospital, afastando as famílias dos cuidados aos seus entes queridos em momentos como o nascimento e a morte (Araújo, 2014).

A Enfermagem de família, enquanto campo disciplinar de enfermagem com um corpo de conhecimentos específico, tem-se desenvolvido no domínio teórico com a criação de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar que enfatizam a mudança de paradigma do indivíduo para a família (Figueiredo, 2012).

Do ponto de vista conceptual, a enfermagem de família, surge da confluência dos modelos de enfermagem, de teorias da terapia familiar e de teorias de ciências sociais da família, representada na figura 1.

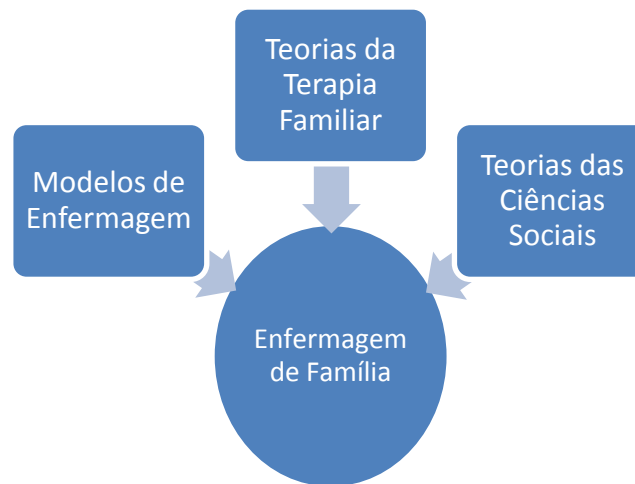


Figura 1 - Esquema integrativo sobre a conceptualização da enfermagem de família baseado em Hanson (2005), construído pela autora.

Baseadas em diversas disciplinas das ciências sociais, em particular da sociologia, as teorias da ciência social da família que contribuem para a enfermagem de família são a teoria estrutural-funcional, que aborda a família enquanto sistema social, a teoria dos sistemas, que será abordada adiante, a teoria interativa, focada nos papéis e na forma como a interação entre os diferentes membros interagem, a teoria do stress, forma como diferentes fatores de stress são percebidos pela família e como estas se adaptam, a teoria do desenvolvimento, segundo a qual cada família é única mas as suas mudanças ocorrem de forma relativamente previsível e a teoria da mudança, explicitada na descrição do Modelo de Calgary. Estas são modelos académicos, descritivos e explicativos, que pretendem descrever a dinâmica e o funcionamento das famílias (Hanson, 2005).

As teorias da terapia familiar são modelos práticos descritivos e prescritivos, orientados para a patologia, para a compreensão da disfunção e intervenção na mesma. Estes modelos têm por base teorias da psicologia e sociologia, nomeadamente a terapia familiar estrutural, a terapia familiar de sistemas e a terapia familiar interativa e de comunicações, que permitem abordagens diferentes aos fenómenos da família (Hanson, 2005).

Nos modelos teóricos clássicos de enfermagem o foco dos cuidados era o indivíduo. Contudo, ao longo do tempo, as teorias e modelos de enfermagem foram integrando conceitos importantes para a prática da enfermagem de família. A Teoria dos seres humanos unitários de Martha Rogers, baseada na teoria geral dos sistemas, introduz a perspetiva sistémica no indivíduo, vê o ser humano como sistema aberto em constante interação com o ambiente. Também Roy, no seu modelo de adaptação derivado da teoria geral dos sistemas e da teoria

da adaptação, apresenta o indivíduo como um sistema aberto e introduz o conceito de adaptação ao meio. O modelo de sistemas de Neuman, que norteia o presente estudo, fundamenta-se em teorias das ciências sociais da família. Passando do paradigma do indivíduo para a família, esta é vista como um sistema composto por subsistemas e as relações que se estabelecem constituem o seu foco. A teoria do défice de autocuidado, de Dorothea Orem centra-se no papel que a família desempenha enquanto apoio dos seus elementos, mas sugere que os cuidados de saúde se dirijam não só a cada elemento individualmente, mas também enquanto membros do sistema familiar. A teoria da consecução de um objetivo de King, concebida a partir da teoria de sistemas, definiu inicialmente a família como contexto para o desenvolvimento individual. Posteriormente a família passou a ser considerada como sistema interpessoal e social e salientou a interação entre enfermeiros e clientes. O modelo de organização sistémica de Friedemann, vê a família como um sistema social, e é ela o cliente dos cuidados. Os seus elementos fundamentais são a estabilidade, o crescimento, o controlo e a espiritualidade familiares. Todos estes modelos contribuíram para a introdução da visão sistémica nos cuidados de Enfermagem, primeiro ao indivíduo e posteriormente à família como contexto e como unidade de cuidados (Hanson, 2005).

O Modelo de Calgary de Avaliação Familiar foi desenvolvido por duas enfermeiras, Wright e Leahey, para orientar a avaliação do sistema familiar. Este integra diversas teorias, nomeadamente a teoria geral dos sistemas, já abordada, a teoria da comunicação, a teoria da mudança e a cibernética. A teoria da comunicação debruça-se sobre a interação entre indivíduos, seja por comportamento verbal ou não verbal, sendo ambos fontes de informação relevante: o que se diz, o que não se diz, a forma como é dito, as expressões faciais e posturais mas também uma pintura, poema ou música, transmitem informação não só sobre o conteúdo transmitido mas também sobre as relações entre os intervenientes (Wright & Leahey, 2009). Segundo a teoria da mudança, quando há perturbação dentro da estrutura familiar desenrola-se como resposta a essa perturbação uma mudança, que tem o objetivo de manter a estabilidade e a estrutura da família (Maturana, 1978, citado por Wright & Leahey, 2009). As mudanças podem ser de primeira ordem, quando o sistema familiar não sofre alterações, ou de segunda ordem quando há mudança no sistema familiar levando a uma nova forma de funcionamento (Wright & Leahey, 2009). A cibernética integra conhecimentos de diferentes áreas de conhecimento com o objetivo de explicar o funcionamento, regulação e evolução dos

sistemas. Enquanto a teoria dos sistemas desloca o foco das partes para o todo, a cibernética preocupa-se com a forma em detrimento do conteúdo (Wright & Leahey, 2009).

Este modelo compõe-se de três categorias principais: a categoria estrutural, que permite examinar os componentes da estrutura da família, a categoria de desenvolvimento, que inclui o reconhecimento de etapas, tarefas e ligações da família, e a categoria funcional, que abrange aspetos instrumentais e de expressividade. Cada categoria contém várias subcategorias (Wright & Leahey, 2009). O diagrama do Modelo de Avaliação Familiar de Calgary, figura 2, apresenta de forma esquemática o modelo.

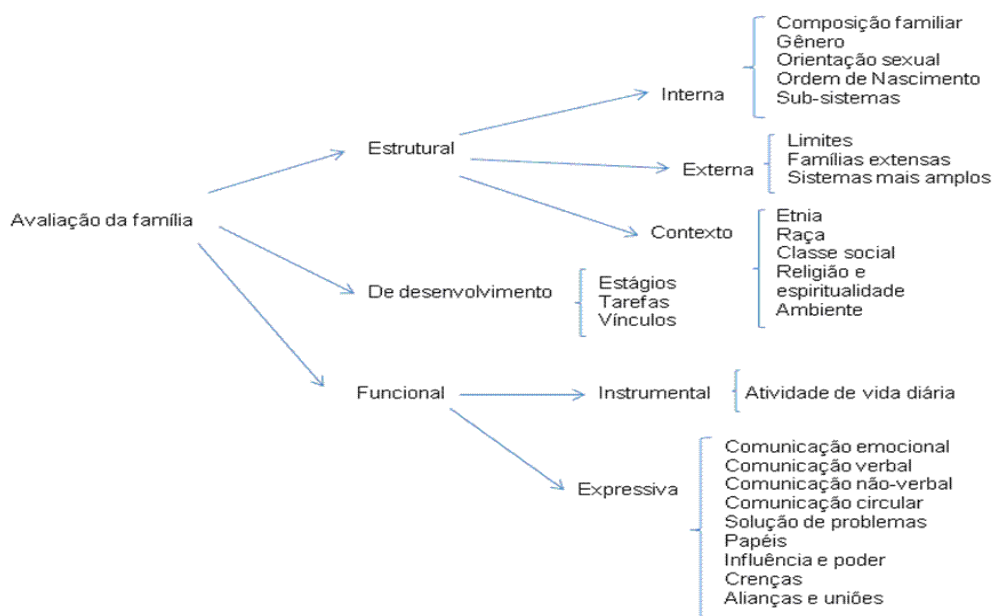


Figura 2 – Diagrama do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar. Fonte: Wright e Leahey, (2009, p.52).

2.1 – ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

São diversas as denominações que pretendem designar a relação terapêutica entre enfermeiros e famílias, nomeadamente Enfermagem de Saúde Familiar, Enfermagem de Família, Cuidado Centrado na Família. Todas elas indicam “a necessidade de um relacionamento cooperativo, e não hierárquico, entre os dois intervenientes deste processo” (Araújo, 2014, p.19).

A Enfermagem de Saúde Familiar é definida por Hanson, (2005, p.8) como “o processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias que estão dentro do raio de ação da prática de enfermagem”. Esta dirige-se à “família como unidade a ser cuidada, focaliza sua atenção nas interações intra e extra-familiares, busca conhecer o processo de viver da família, as

transições e crises que enfrentam, identificando suas fragilidades, fontes de estresse, recursos e seus modos de cuidar” (Elsen, Althoff & Manfrini, 2001, p.94), promove o *empowerment* das famílias ao desenvolver com as mesmas intervenções terapêuticas.

Existem diferentes visões da prática de enfermagem de família. Esta podem ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade (Hanson, 2005). No quadro 1 podem observar-se as características das diferentes abordagens da Enfermagem de Família.

Quadro 1 – Características das abordagens da enfermagem de família

Abordagem	Características
Família como contexto	Avaliação e cuidados com foco no indivíduo Família como contexto, recurso ou fator de stress.
Família como cliente	Avaliação e cuidados com foco em cada membro da família Família como soma dos seus membros
Família como sistema	Avaliação e cuidados com foco no indivíduo e na família, vista como sistema. Interações como alvo das intervenções
Família como componente da sociedade	Avaliação e cuidados com foco na família enquanto subsistema que interage com outros subsistemas

A enfermagem de saúde familiar abarca no seu cuidado o suprassistema que é a sociedade, a família e o indivíduo, a fim de promover, manter e restaurar a saúde das famílias.

Um conjunto de traços distintivos das intervenções em enfermagem de família são identificados por Hanson (2005). Os cuidados à família têm em consideração a experiência da família ao longo do tempo, reconhecem as relações entre os familiares e a singularidade de cada um e do sistema e consideram o contexto comunitário e cultural da família, sendo a família encorajada a receber e contribuir de/para esses recursos. A enfermagem de família destina-se a famílias com membros saudáveis e/ ou doentes e reconhece que há reciprocidade entre a saúde individual dos diferentes membros e a saúde coletiva dentro da família e que o sistema familiar é influenciado por qualquer mudança ocorrida nos seus membros, e também pelos cuidados prestados. A enfermagem de família foca-se nos pontos fortes dos elementos da família e do grupo, fomentando a sua entajuda e crescimento, sabendo que o membro da família que apresenta mais sintomas poderá variar. Cabe ao enfermeiro promover o aumento da interação familiar, sendo que a ausência de membros da família não é impeditiva da

prestação de cuidados. Os enfermeiros definem com a família quem faz parte da mesma (Hanson, 2005).

O percurso da enfermagem de família em Portugal é relativamente recente, havendo a apontar como grandes responsáveis pela sua evolução a formação dos enfermeiros, a investigação que consolidou a disciplina, o Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Araújo, 2014).

A conferência “A cada família o seu Enfermeiro”, organizada pela Ordem do Enfermeiros, promoveu a apresentação da Declaração de Munique – “Enfermeiros - Uma força pela Saúde”, subscrita pelo governo português, e a publicação do Livro “A Cada Família o seu Enfermeiro”, salientaram a importância do enfermeiro de família e dos cuidados de enfermagem focados na família em todas as fases da sua evolução, nos diversos níveis de prevenção. Em 2010 a Ordem dos Enfermeiros regula as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2010). Em 2017 cria os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária na Área de Saúde Familiar (OE, 2017), e cria a Área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar sob a alçada do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Em 2018 é publicado em diário da república o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na Área de Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2018).

Em 2004, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010, implementa equipas multidisciplinares orientadas para os cuidados centrados na família e no ciclo de vida (Direção Geral de Saúde, 2004) e em 2007 o Decreto-Lei 298/2007 estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) (Ministério da Saúde, 2007). Em 2012, pelo Despacho nº 10321/2012 de 1 de agosto do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, é constituído um grupo para preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família. O seu trabalho permitiu estabelecer os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, legislados no decreto-lei 118/2014. Em 2017 o XXII Governo Constitucional, emite o Decreto-Lei 73/2017, no âmbito do seu programa para a saúde e procede a algumas alterações ao regime das USF. No nº 4 do artigo 7º lê-se “Os enfermeiros que constituem a USF têm de deter o título de Especialista em Enfermagem

de Saúde Familiar.” Colocando assim diversos desafios quanto às competências destes profissionais, que a Ordem dos Enfermeiros (2018) regulamenta, exigindo que estes especialistas cuidem da família como um todo mas também de cada um dos seus elementos individualmente, e que liderem e desenvolvam os processos de intervenção de cuidados à família.

2.2 – O MODELO DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

Betty Neuman (2011) conceptualiza um modelo de filosofia holística, estruturado com base na Teoria Geral dos Sistemas, com tamanha flexibilidade que pode ser usado por diversos profissionais da área da saúde, com finalidade administrativa, educativa e na prática clínica. O objeto de estudo (denominado de cliente) pode ser um indivíduo, uma família ou outro grupo, que em todos os casos se considera como sistema (diferentes conjuntos de elementos em interação entre si e com o ambiente). É dirigido à relação contínua entre o cliente (indivíduo, família, grupo...) e os fatores de stress que o envolvem e que têm potencial para lhe causar alguma reação. Este modelo faculta estrutura, organização e direção à enfermagem, sendo ainda assim tão flexível que permite adaptação à complexidade de tão diferentes clientes. Cliente, ambiente, fator de stress – stressor, saúde/bem-estar e enfermagem são conceitos fundamentais do modelo. O cliente é um sistema aberto em interação com o ambiente, composto por cinco variáveis que é desejável que se integrem de forma harmoniosa: Fisiológica, que se refere ao funcionamento e estrutura física; psicológica, processos mentais e relacionais tanto internos como com o exterior; sociocultural, influências da cultura e sociedade; de desenvolvimento, ligada às etapas e atividades de fase do ciclo da vida; e espiritual, que se refere a crenças e ao sentido da vida, podendo incluir ou não aspetos religiosos. O modelo é esquematizado representando o cliente por um círculo, estrutura base, rodeado por vários círculos concêntricos que representam diferentes linhas de defesa, mecanismos de defesa da integridade do cliente. O ambiente refere-se a todos os fatores e influências internos e externos, que envolvem o cliente. Os stressores são os estímulos capazes de provocar instabilidade no sistema. A atuação dos enfermeiros, intencional e dirigidas aos fatores de stress, reais ou potenciais, tem como objetivo a estabilidade dinâmica do sistema em cada momento - o estado de saúde e bem-estar, que a autora considera um dos extremos do continuum saúde e bem estar – doença. Este continuum implica que haja troca de energia entre o cliente e o ambiente. Grandes variações energéticas acontecem quando o sistema sai do seu estado de equilíbrio, despendendo energia para gerir a alteração. O sistema

move-se no sentido do bem-estar quando é produzida mais energia do que aquela que é utilizada para manter o equilíbrio, quando é utilizada mais energia do que produzida o sistema move-se em direção à doença e eventualmente à morte. A estabilidade do sistema é o equilíbrio das trocas de energia entre o cliente e o ambiente, por forma a resolver as alterações que os stressores provocam. As ações de enfermagem pretendem que o cliente atinja ou mantenha o seu estado de equilíbrio ótimo, utilizando para tal intervenções como prevenção primária, secundária e terciária. Na prevenção primária pretende-se a manutenção do estado de equilíbrio e bem-estar do cliente, procurando reduzir a possibilidade de encontro com stressores e fortalecendo as linhas de defesa. É utilizada quando existe um risco conhecido para o qual não houve ainda reação. A prevenção secundária é o tratamento dos sintomas que surgem por reação ao stressor e inicia-se em qualquer momento após ocorrência de sintomas e o reequilíbrio do sistema. A prevenção terciária pretende a readaptação e dotação de estratégias para prevenir futuras ocorrências. Inicia-se após o sistema já ter alcançado alguma estabilidade. Tendo encontrado uma lacuna metodológica, Neuman (2011) cria no seu Modelo dos Sistemas um Processo de Enfermagem próprio, constituído por Diagnóstico de Enfermagem, Objetivos de Enfermagem e Resultados de Enfermagem, esta ferramenta permite o conhecimento vasto da condição do cliente, facultando uma base de trabalho para determinar a reação real ou possível aos stressores ambientais, construindo um plano cuidados de enfermagem dirigidos aos objetivos e por fim a avaliação de resultados e eventual formulação de novos objetivos e estratégias de intervenção.

O Modelo dos Sistemas tem aplicabilidade na Enfermagem de Saúde Familiar, pois considera a família como uma unidade, a célula estrutural da comunidade, e os seus membros como subsistemas. Esquemáticamente a família é representada pelo seu genograma. A abordagem da família é feita mediante quatro variáveis: as relações psicossociais da família, que integram variáveis psicossociais e culturais, é a forma como a família interage com a comunidade em que se integra e com a qual há troca de influências; a saúde física da família, em que a experiência de saúde e doença de cada elemento influencia os restantes de forma individual assim como o todo; o desenvolvimento da família, ligado à etapa em que se encontra e as influências espirituais na família, que se refere à capacidade da família de providenciar um ambiente de amor, segurança, pertença. Os fatores de stress, podem surgir dentro da família (intrafamiliares), fora da fronteira da família, mas nas suas interações próxima - relações com

familiares próximos, práticas culturais ou religiosas (interfamiliares), ou por fatores externos e à família como é o caso de alterações políticas e sociais (extrafamiliares) (Neuman, 2011).

Com potencial para ser usado na formação em diferentes profissões ligadas à saúde, e não apenas na enfermagem, o Modelo dos Sistemas de Neuman adapta-se, passando o cliente a ser o grupo de pessoas que está a aprender, o ambiente é a interação formador/formando e o meio em que esta acontece. Neuman estabelece cinco linhas orientadoras para a formação com base no seu modelo. A primeira orientação, foco do currículo, determina que um programa de formação baseado no modelo tem o foco na reação do cliente aos stressores ambientais e assim na perceção do cliente acerca de fatores de stress intra, inter ou extra (pessoais, familiares...), que podem ser benéficos ou não e na implementação de intervenções que capacitem o cliente de estratégias para resistir aos fatores de stress. A segunda linha orientadora, natureza e sequência dos conteúdos, refere que todos os conceitos do modelo devem integrar o currículo. A terceira orientação diz que, apesar de o modelo ter sido desenvolvido para o ensino académico da enfermagem o seu uso é extensivo a formação em diferentes campos. É exigido aos formandos, de acordo com a quarta linha orientadora, que tenham capacidade crítica e que sejam capazes de trabalhar sozinhos e em grupo. A última orientação refere-se às estratégias de ensino-aprendizagem (Neuman, 2011).

Apresentando-se como um modelo flexível, abrangente e que abarca as necessidades sentidas para a formação de enfermeiros no âmbito da avaliação sistémica familiar, encontrámos no Modelo Sistémico de Neuman o fio condutor para o presente estudo, que tem como objetivo investigar o impacto nos enfermeiros de um programa de intervenção acerca da sistémica familiar no cuidado de enfermagem centrado na família.

3 – ABORDAGEM SISTÉMICA NO CUIDADO À FAMÍLIA

A abordagem sistémica das famílias surge a partir da Teoria Geral dos Sistemas do biólogo Ludwig Von Bertalanffy. Nos seus estudos, verifica que cientistas das diversas áreas, como a física, a biologia, ou as ciências sociais, têm visões próprias e muito específicas dentro das disciplinas em que trabalham. Surpreendentemente, de forma completamente independente, surgem nos diferentes campos da ciência problemas e conceções comparáveis. O autor refere que de uma vista geral dos progressos científicos se encontram “princípios gerais semelhantes começam a tomar forma nos vários campos da ciência” (Bertalanffy, 1972, p. 253) e salienta os aspetos de organização, totalidade e dinâmica. A fim de verificar estes denominados princípios gerais, Bertalanffy (1972), procura fundar um novo campo na ciência, que denominou de Teoria Geral dos Sistemas. Um campo lógico-matemático que pretende a formulação e derivação dos princípios gerais aplicáveis aos sistemas em geral, sistema é um complexo de elementos interdependentes em interação dinâmica, um todo organizado formado por elementos interdependentes, que interagem com objetos comuns, rodeado pelo meio exterior.

Bertalanffy (1972), define sociologia como o estudo de grupos ou sistemas humanos, nos quais se incluem as famílias. A família, sistema composto de subsistemas ligados por relações entre si, por manter interações com o exterior pelo qual é influenciada e sobre o qual exerce influência, caracteriza-se como Sistema Aberto (Figueiredo, 2012). Identificamos nas famílias as propriedades dos sistemas, nomeadamente a Totalidade, a Equifinalidade e a Retroação:

- A Totalidade enquanto característica de um sistema familiar, e atendendo ao seu corolário da não somatividade, significa que a família é mais do que a soma das suas partes, e é um todo irreduzível às suas partes. Apesar de ser um todo é também parte de outros sistemas mais amplos (por exemplo: sociedade, família alargada). Outro seu corolário, o da impossibilidade de estabelecimento de relações unilaterais, revela que o comportamento de cada um dos membros é indissociável do comportamento dos restantes;

- De acordo com a propriedade da Equifinalidade, diferentes famílias a partir de condições iniciais diferentes podem corresponder os mesmos resultados, ou vice-versa, condições iniciais semelhantes podem corresponder resultados diversos;

- A Retroação, enquanto propriedade do sistema familiar, diz-nos que para compreender o comportamento de um elemento de uma família precisamos de ter uma visão circular das

interações que se desenvolvem em seu redor e considerar os contextos. O comportamento de um elemento não é suficiente para explicar o comportamento de outro elemento (Alarcão, 2000).

O sistema familiar é um todo organizado, composto por hierarquias e relações entre os diversos subsistemas e parte de um suprassistema. Cada elemento da família participa em diferentes subsistemas, nos quais assume diferentes papéis e estatutos (filho e irmão por exemplo) e é ele mesmo um sistema, composto pelos subsistemas físico, psicológico e espiritual (Araújo, 2014).

Numa família encontramos essencialmente quatro subsistemas:

- O subsistema individual compõe-se pelo indivíduo, que desempenha funções e papéis noutros sistemas dentro e fora da família, e cuja dupla pertença interfere em si mesmo e na forma como ele atua em cada um desses contextos;
- O subsistema conjugal, composto pelo casal, tem como características importantes no seu funcionamento a complementaridade e adaptação mútua. Das suas funções salientamos o estabelecimento de limites ou fronteiras e o exemplo de modelo relacional para futuras relações de intimidade dos filhos;
- O subsistema parental é habitualmente constituído pelo casal, mas agora com funções executivas, pode no entanto variar na composição, incluindo outro familiar, apenas um dos pais ou até nenhum. Importa apenas que seja claro quem desempenha as funções e tarefas inerentes e que se prendem com a educação e proteção dos filhos. É na interação pais-filhos que as crianças aprendem o sentido da autoridade, a negociação e gestão de conflito no âmbito de uma relação vertical, assim como, o sentido de filiação e pertença familiar;
- O subsistema fraternal é composto pelos irmãos, é nele que as crianças desenvolvem as suas capacidades de relação com o grupo de iguais, como o apoio mútuo, a competição, o conflito e a negociação (Alarcão, 2014).

A forma como se desenvolvem relações entre e dentro de cada subsistema e como estes se organizam denomina-se de estrutura familiar. Cada família tem a sua individualidade e autonomia, apesar de integrar influências externas e internas, com as quais está em permanente interação e que exige capacidade auto organizativa a fim de manter o seu equilíbrio dinâmico (Dias, 2011).

O funcionamento do sistema familiar exige o estabelecimento de regras e limites, também denominados de fronteiras. As regras definem quem faz o quê e como, isto é, quem integra cada subsistema e como o faz, qual a hierarquia do poder, quem exerce autoridade e complementaridade. Os limites (ou fronteiras) regem a passagem de informação entre a família e o meio e entre os diferentes subsistemas familiares (Alarcão, 2014). Dentro da mesma família pode existir diferentes tipos de limites entre os vários subsistemas. Ao longo do seu ciclo vital estes podem mudar sem que isso seja disfuncional.

A permeabilidade dos limites influencia o funcionamento da família. Minuchin (1979) citado por Alarcão (2000) define três tipos de limites:

- Limites claros – Delimitam o espaço e funções de cada membro ou subsistema, mas permitem a troca de influências entre os mesmos. Nestes casos é facilmente identificável que papel pertence a quem.
- Limites difusos – Caracterizam-se por haver grande permeabilidade, pondo em perigo a diferenciação entre subsistemas. Não é claro quem desempenha cada papel. Famílias com limites difusos têm tendência a ser estruturalmente emaranhadas e a haver dificuldade de autonomização dos seus elementos.
- Limites rígidos – Dificultam a comunicação e compreensão mútua. Há individualidade acentuada e tendência centrífuga, estas famílias tendem a ser estruturalmente desmembradas.

A família é o primeiro grupo social em que cada indivíduo se integra, revestindo-se assim de grande importância para a sociedade e para o desenvolvimento dos seus membros. Hanson (2005) adota os pré-requisitos funcionais determinados por Parsons, para que a família mantenha a sua unidade como sistema social:

- A adaptação da família aos seus ambientes interno e externo, exige que a família cumpra diversas tarefas, mobilizando para tal recursos, capacidades e motivação.
- A realização de objetivos definidos, com o compromisso e motivação de todos os membros da família e promovidos pela estrutura de liderança.
- A integração é o meio pelo qual a família adquire coesão, solidariedade e identidade, promovendo relações próximas entre os membros.

- A manutenção de padrões e o controlo da tensão nas interações entre os elementos da família, exige que haja concordância com os valores que regem as atividades familiares e flexibilidade para permitir alguma variação.

A mesma autora descreve quatro funções que a família desempenha na sociedade, tais como: a função económica, centrada no consumo de bens e serviços, a reprodução, a socialização dos filhos, com transmissão cultural e desenvolvimento de competências nas crianças e a estabilização de personalidades adultas.

Na perspetiva sistémica os objetivos da família são dois, o objetivo interno passa pela função de proteção dos seus membros, e o objetivo externo pela acomodação a uma cultura e transmissão da mesma.

Todas as famílias percorrem, desde a sua formação até ao seu fim, um percurso durante o qual sofrem uma sequência de transformações, que diferenciam fases ou etapas. O Ciclo Vital da Família representa um esquema de classificação em estádios que balizam essa mesma sequência, e as diferentes etapas são caracterizadas essencialmente pela presença de filhos e suas idades (Relvas, 2000).

Relvas (2000), após estudo de diversos autores, propõe um esquema de cinco etapas do ciclo vital da família, que começa com a formação do casal, primeira etapa, e associa diferentes etapas ao nascimento e crescimento dos filhos. Com o nascimento do primeiro filho transita para a segunda etapa, a família com filhos pequenos, a terceira etapa tem início com a entrada do primeiro filho na escola e denomina-se de família com filhos na escola. A quarta etapa denomina-se família com filhos adolescentes e a quinta e última família com filhos adultos (empty-nest).

A utilização do ciclo vital da família “tem como grande objetivo mostrar a importância da continuidade nas relações humanas” (Relvas, 2000, p.22), é impreterível que se mantenha flexibilidade na sua utilização, e a perspetiva de que cada família, com as suas singularidades, é única (Relvas, 2000).

3.1 – DA AVALIAÇÃO FAMILIAR AO PROCESSO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

O processo de enfermagem baseia-se no método científico de resolução de problemas. Composto por cinco etapas interrelacionadas, este “proporciona uma abordagem de resolução de problemas ordenada e lógica para a gestão de cuidados de enfermagem” (Doenges &

Moorhouse, 1992, p. 2). A sua aplicação exige pensamento crítico e criativo e conhecimento teórico, a sua flexibilidade permite que seja utilizado nos diferentes campos da enfermagem (Doenges & Moorhouse, 1992).

A avaliação familiar constitui a primeira etapa na elaboração do processo de enfermagem à família, durante a qual se recolhem os dados. Estes dados constituem-se de informação objetiva e subjetiva, recolhida de forma sistemática, em que a comunicação não-verbal é tão importante quanto as palavras utilizadas (Doenges & Moorhouse, 1992).

Para que esta seja bem-sucedida, é necessário que se tenha estabelecido uma relação entre a família e o enfermeiro, permitindo uma comunicação aberta e vontade de partilhar e confirmar informação (Hanson, 2005).

Instrumentos de avaliação desenvolvidos em diferentes áreas de estudo são utilizados por enfermeiros para avaliação-recolha de dados das famílias.

O genograma é um dos instrumentos mais utilizados pelos profissionais de saúde, representa graficamente a família, permitindo uma visão sumária da sua estrutura e problemas. Demonstra as relações e ligações dentro do sistema familiar (Figueiredo, 2012). A construção do mesmo, pelo enfermeiro e família, é base para o diálogo relativo à família, seus membros, comportamentos e relações, facultando informação de relevo quanto à estrutura, funcionamento, forças e fragilidades do sistema familiar (Santos, 2012). De forma mais ampla o ecomapa permite avaliar a família enquanto subsistema no seu contexto social, identificando que ligações são relevantes no contexto externo, nomeadamente influências, fontes de suporte ou de recurso (Caeiro, 1991).

A escala de APGAR Familiar avalia a satisfação de cada membro dentro da família em determinado momento e a funcionalidade da família. A sigla APGAR resulta das variáveis de avaliação do funcionamento familiar. Adaptação (Adaptability) refere-se ao modo como os recursos são partilhados e ao grau de satisfação pela assistência recebida pela família. Participação (Partnership), refere-se à partilha das decisões, satisfação pela reciprocidade na comunicação e solução de problemas. Crescimento (Growth) está ligado ao crescimento individual, satisfação com a liberdade concedida para a mudança de funções durante esse crescimento. Afeto (Affection), forma como são partilhadas as experiências emocionais, satisfação com a interação emocional. Decisão (Resolve) refere-se à satisfação com a partilha de tempo na família. (Caeiro, 1991).

O Circulo Familiar de Thrower permite reconhecer o valor que têm para o indivíduo os diferentes membros da família e outras coisas ou pessoas que lhe sejam próximas. Consiste na representação, por um membro da família, da sua pessoa e dos diferentes membros da família, assim como de outros objetos ou pessoas que tenham importância no sistema (Caeiro, 1991).

A Escala de Graffar classifica a família quanto à classe social mediante avaliação das condições sócio-económicas da mesma, permitindo prever algumas condições de risco (Hanson, 2005).

Estes e outros instrumentos servem de recurso à recolha de dados, estimulam a interação entre o enfermeiro e a família e permitem que a família se conheça. Estes carecem no entanto de ser utilizados de forma integrada. Cada profissional utilizará diferentes instrumentos mediante o fim a que se destinam, suas características próprias e também das famílias.

Modelos de avaliação da família, como o Modelo de Calgary de Avaliação da Família, foram desenvolvidos por enfermeiros. Estes consistem de abordagens teóricas que integram diversas teorias, proporcionando uma forma estruturada e sistematizada de abordar a família enquanto foco dos cuidados, facilitando a correta avaliação e posterior intervenção familiar (Fernandes, 2015).

A análise dos dados da avaliação familiar é a etapa seguinte do processo de enfermagem à família. Consiste na identificação de problemas em que, utilizando raciocínio diagnóstico, se identifica a necessidade (ou não) de intervenções de enfermagem (Doenges & Moorhouse, 1992). A elaboração de diagnósticos corretos implica a confirmação e clarificação de informação com a família. Apesar de os enfermeiros sempre terem juízos quanto às necessidades de cuidados, é recente o sistema de classificação dos fenómenos e diagnósticos específicos da enfermagem (Hanson, 2005).

Identificados os problemas que serão alvo de intervenções de enfermagem passamos à terceira fase do processo de enfermagem à família, o planeamento de cuidados à família. Nesta fase, família e enfermeiro de forma conjunta, fixam prioridades na resolução dos problemas e resultados específicos e mensuráveis a alcançar. Todos os envolvidos devem ser ouvidos, devem concordar com o resultado que se pretende e como se considera que tal objetivo foi cumprido. Para atingir o estado de saúde pretendido são criadas intervenções de enfermagem promotoras da mudança em direção ao objetivo estabelecido (Hanson, 2005).

A implementação de cuidados de saúde à família constitui a quarta fase do processo de enfermagem à família, durante a qual a família, cujo envolvimento é fundamental, e o enfermeiro desempenham as atividades a que se propuseram a fim de atingir os resultados previamente fixados. Tal exige que o enfermeiro avalie continuamente a evolução da resolução do problema em curso, a necessidade de solicitar intervenção de outros profissionais, elementos da família ou da comunidade, o surgimento de novos problemas para a família e a eficácia dos cuidados prestados, fatores que podem levar ao ajustamento ou à mudança dos procedimentos (Hanson, 2005).

A avaliação de resultados dos cuidados de enfermagem à família constitui o último passo do processo de enfermagem. Verifica-se em que medida os objetivos foram atingidos, mediante os resultados e critérios de consecução estabelecidos. A avaliação de resultados é um processo contínuo que termina quando a família e o enfermeiro decidem que os objetivos foram atingidos com sucesso, cessando de seguida a relação terapêutica (Hanson, 2005). Caso os problemas identificados não tenham sido resolvidos o processo é retomado, exigindo nova avaliação, identificação complementar dos problemas, estabelecimento de novos resultados, objetivos e/ou intervenções (Doenges & Moorhouse, 1992).

Apesar de o processo de enfermagem ser composto por cinco etapas distintas “os passos do processo de enfermagem interrelacionam-se, formando um ciclo contínuo de pensamento e ação, simultaneamente dinâmico e cíclico” (Doenges & Moorhouse, 1992, p. 3).

Apesar dos instrumentos existentes e das teorias que demonstram o seu valor, na prática, a abordagem sistémica à família não é feita pelos enfermeiros de forma sistemática, e se os estudos são ainda escassos neste âmbito são concordantes quanto a este facto.

3.2 – IMPACTO DE PROGRAMAS DE FORMAÇÃO NO DOMÍNIO DA ABORDAGEM SISTÉMICA DO CUIDADO À FAMÍLIA: ESTUDOS EMPÍRICOS

Santos (2012) com o estudo “Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro”, desenvolveu uma investigação de natureza *quasi-experimental*, que avaliou o efeito da intervenção educativa sobre a abordagem sistémica do cuidado da família, no enfermeiro. Foi selecionado um centro de saúde do Funchal por conveniência do investigador, associada ao interesse da direção de enfermagem da região em proporcionar formação à equipa de enfermagem. Participaram todos os enfermeiros que prestavam cuidados, inicialmente onze, tendo sido excluído um por mudança de local de

trabalho. Participaram também dez famílias, em que um dos membros tinha doença crónica e que foram alvo dos cuidados de enfermagem por cada enfermeiro e pelo próprio investigador.

O investigador recorreu a uma avaliação inicial, aos enfermeiros mediante entrevista semiestruturada e auto questionário, e às famílias, por entrevista semiestruturada. Posteriormente desenvolveu-se a intervenção educativa, composta por sessões de educação e sessões de discussão e por supervisão relacional, em que o investigador acompanhou o enfermeiro na consulta à família que integrou o estudo. Após a intervenção houve um segundo momento de avaliação semelhante ao inicial.

Os dados obtidos relativos às representações dos enfermeiros sobre família e enfermagem de família demonstram mudança na representação conceptual que os enfermeiros fazem do que é a família, inicialmente demonstravam uma perspetiva sistémica estruturalista e após o programa surgiu a perspetiva sistémica interacionista. Verificou-se fraca conceptualização da Enfermagem de Família, com proporções antes e depois do programa diferentes mas estatisticamente não significativas. Quanto à norma subjetiva que orienta para a prática de enfermagem de família inicialmente é tida como a prestação de cuidados a membros de famílias, abordando a família como um recurso à saúde dos elementos doentes, após a formação os enfermeiros assumem os cuidados de enfermagem para todos os membros da família como um todo e como recurso de si mesma. Verificou-se mudança da atitude dos enfermeiros face à prática de enfermagem de família após a formação, com relevo na perceção crítica da prática e também dos comportamentos.

Por parte das famílias a investigadora salienta a visibilidade da relação terapêutica enfermeiro- família que a formação proporcionou, mas também a falta de conhecimento que as famílias têm acerca dos cuidados de enfermagem, que desvalorizam e, conseqüentemente, não procuram.

“An initiative to teach family systems nursing using online health-promoting conversations: A multi-methods evaluation”¹, investigação por Lindh et al. (2013), avaliou o ensino/aprendizagem de sistémica familiar por enfermeiros usando um programa educativo com grande componente online sincronizada. O curso de dez semanas, concluído por quinze dos dezassete enfermeiros que o iniciaram, teve como objetivo desenvolver capacidades e

¹ Uma iniciativa para ensinar enfermagem centrada na sistémica familiar usando conversas online promotoras da saúde: Uma avaliação

conhecimento nos enfermeiros para planear e conduzir entrevistas promotoras da saúde familiar. Composto de uma componente presencial inicial na universidade, foi principalmente desenvolvido online, com componente teórica e prática, com *role-play*, discussão em grupo e trabalhos individuais.

No final do curso este foi sujeito a avaliação por parte dos enfermeiros que o concluíram, e que revelaram satisfação com os métodos e com os conteúdos, apesar de revelarem algumas limitações.

No início e no final do curso os enfermeiros foram avaliados mediante entrevista e foi aplicado o instrumento “Families’ Importance in Nursing Care—Nurses’ Attitudes²” (FINC-NA), que avalia as atitudes dos enfermeiros perante as famílias em diferentes dimensões. De uma forma geral no final do curso os enfermeiros demonstraram uma atitude mais positiva quanto à importância do envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem e ao suporte da mesma.

Os investigadores concluíram pela avaliação dos diversos trabalhos que os enfermeiros foram desenvolvendo, que estes adquiriram capacidades teóricas e práticas de sistémica familiar, assim como atitudes e comportamentos promotores do envolvimento da família.

Cruz (2015), na sua tese intitulada “Relacionamento com famílias na prática clínica de enfermagem no contexto neonatal e pediátrico: impacto de uma intervenção educativa e proposição de uma escala de autoeficácia”, determinou como um dos objetivos avaliar o impacto de uma intervenção educativa subordinada à sistémica familiar nas atitudes e perceções dos enfermeiros que prestam cuidados de âmbito neonatal ou pediátrico. Este foi um trabalho “quasi-experimental” que englobou trinta e sete enfermeiros que prestam cuidados nas áreas definidas, envolveu uma avaliação inicial mediante entrevistas e aplicação de instrumentos, após a qual se desenvolveu a intervenção educativa e reavaliação posterior.

A investigadora verificou pela análise dos dados pré e pós intervenção, que as mudanças na perceção dos enfermeiros foram quanto ao seu papel enquanto enfermeiros, quanto à importância de cuidar das famílias e ao relacionamento clínico com a família, concluindo que a intervenção educativa provocou um impacto positivo nas áreas citadas.

² Importância das famílias no cuidado de enfermagem – atitudes dos enfermeiros.

No estudo “A família como foco dos cuidados de enfermagem – Aprendendo com o family nursing game”, Fernandes (2011) assumindo a “importância dos enfermeiros na observação das famílias pelo seu carácter único e numa perspetiva sistémica” (Fernandes, 2011, p.3), desenvolve um jogo para transmitir conhecimentos sobre família aos enfermeiros e avalia, através de um estudo quasi-experimental, o impacto da estratégia formativa desenvolvida sobre a atitude dos profissionais perante as famílias e também nos conflitos com estas assim como no registo dos cuidados. A amostra constituiu-se por 160 enfermeiros que exercem funções em diferentes serviços do mesmo hospital, a quem foram aplicadas escalas de avaliação das atitudes relativas às famílias antes e depois da intervenção e também observação estruturada, incluindo dos registos efetuados.

A investigadora concluiu que a intervenção promoveu a melhoria das atitudes perante as famílias assim como na gestão dos conflitos, tendo verificado o aumento da integração da família. Também a informação documentada melhorou, apesar de verificar não haver sistematização desta e dificuldade no suporte informático.

Num outro estudo, “A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit³”, Eggenberger (2016), avaliou a influência de uma intervenção educativa nas atitudes dos enfermeiros em relação à atitude e confiança que estes demonstravam na prestação de cuidados focados na família com membros internados numa unidade de cuidados intensivos, avaliou ainda a perceção das famílias quando ao suporte que os enfermeiros lhes proporcionavam. Na avaliação inicial, antes da implementação da intervenção educativa, uma amostra de conveniência de membros da família preencheu um questionário para medir a sua perceção do apoio prestado pelos enfermeiros. Os dados recolhidos antes da intervenção foram utilizados na estruturação da mesma. Os enfermeiros envolvidos no estudo foram avaliados pré e pós intervenção mediante uma escala de Prática de Enfermagem da Família. A investigadora concluiu que os profissionais aumentaram a sua confiança e capacidades relativas à prestação de cuidados focados na família.

Na investigação “Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria”, Apolinário (2012), realizou um estudo *quasi-experimental* com o objetivo de avaliar o impacto da formação de um manual de boas práticas nos conhecimentos

³ Uma intervenção educativa sobre enfermagem de família apoia enfermeiros e famílias numa unidade de cuidados intensivos de adultos.

e percepções dos Enfermeiros quanto aos cuidados às famílias no serviço de pediatria. A amostra foi constituída por 24 enfermeiros: todos os enfermeiros que prestam cuidados diretos em diversas valências do serviço de pediatria, exceto duas enfermeiras que exercem exclusivamente na consulta externa, de um hospital selecionado por acessibilidade da investigadora. Os profissionais responderam a um questionário inicial, posteriormente frequentaram a formação que incluiu a apresentação de um manual de boas práticas que ficou disponível para consulta. No final da formação foi aplicado pela segunda vez o questionário e um mês depois foi aplicado pela terceira vez. As hipóteses que haviam sido delineadas foram ambas confirmadas: a realização da formação e a apresentação do manual de boas práticas sobre cuidados centrados na família foi eficaz no aumento dos conhecimentos dos enfermeiros e a realização da formação e a apresentação do manual de boas práticas sobre cuidados centrados na família foi eficaz na melhoria da percepção dos Enfermeiros quanto ao desenvolvimento de práticas tendo em conta uma abordagem centrada na Família.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica “constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos. (...) distingue-se de outros tipos de aquisição de conhecimento pelo seu carácter sistemático e rigoroso” (Fortin, 2009, p.4). Tanto experiências pessoais e profissionais como a revisão da literatura indiciam que o cuidado de enfermagem centrado na família não é prática comum nos serviços de saúde. A família é assumida como contexto e não como foco, e os conhecimentos acerca de sistémica familiar são escassos. Fruto da inquietude suscitada por tais indícios, a sistémica familiar no cuidado de enfermagem centrado na família surge como área de particular interesse, originando o presente estudo e a necessidade de delimitar um domínio específico de investigação, tendo-se colocado a questão de investigação: Qual é o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal?

A metodologia “consiste em definir os meios de realizar a investigação” (Fortin, 2009, p.53), neste capítulo são descritos os procedimentos utilizados para a elaboração do estudo de investigação subordinado ao tema: A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

O presente estudo utiliza o método de investigação quantitativo. O método quantitativo admite que “é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas” (Vilelas, 2017, p.161). A investigação quantitativa do tipo experimental tem como objetivo estabelecer “relações de causa e efeito entre variáveis” (Fortin, 2009, p.35), e tem como características a randomização, também denominada de aleatorização, o controlo e a manipulação (Vilelas, 2017). Não cumprindo alguma destas características, o estudo denomina-se de quase-experimental (Fortin, 2009), estes estudos caracterizam-se por serem mais flexíveis que os modelos de investigação experimental puros (Vilelas, 2017). Dentro dos estudos quase-experimentais, o desenho antes e depois (ou pré teste – pós teste), de grupo único, é aquele em que avalia “um só grupo de sujeitos antes e após a intervenção, com vista a medir as mudanças surgidas” (Fortin, 2009, p. 276).

Os estudos são também qualificados quanto ao momento da colheita de dados e direção das observações. Um estudo longitudinal é aquele cujos dados são colhidos nos mesmos grupos

em diferentes momentos (Fortin, 2009). O presente estudo desenvolve-se com um grupo de enfermeiros, sobre os quais será a investigação composta por dois momentos de recolha de dados no mesmo grupo de sujeitos - uma avaliação inicial, e uma avaliação após o programa de formação – o que nos leva a denominar este estudo como quase-experimental, com um desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal.

1.2 – OBJETIVOS

Mediante a problemática que nos propusemos a estudar, delineamos os objetivos que são, segundo Fortin (2009) enunciados que apontam o rumo da investigação. Para o presente estudo definimos os seguintes objetivos:

1. Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal;
2. Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre o conceito de família;
3. Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre o conceito de enfermagem de saúde familiar;
4. Identificar os conhecimentos dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, face à sistémica familiar no cuidado de enfermagem;
5. Avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal;

1.3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação são “os guias que orientam o tipo de busca de informação necessária, o modo como a recolha de informação deve ser feita e a definição do *corpus* de dados” (Costa et al., 2014, p.128). Decorrente dos objetivos propostos, determinámos as questões de investigação a que nos propusemos dar resposta:

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

2. Qual é a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre o conceito de família;
3. Qual é a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre o conceito de enfermagem de saúde familiar;
4. Quais são os conhecimentos dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, face à sistémica familiar no cuidado de enfermagem;
5. Qual é o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal;

1.4 – HIPÓTESES

Da necessidade de conceber um caminho a seguir que oriente a investigação, com a finalidade de verificar relações entre duas ou mais variáveis, surgem as hipóteses. “A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação” (Vilelas, 2017, p.129), que deve “indicar, direta ou indiretamente, o tipo de observações a recolher, bem como as relações a verificar entre estas observações, para averiguar em que medida a hipótese é confirmada ou infirmada pelos factos” (Quivy & Campenhautd, 1998, p.137).

Mediante a questão de investigação delineada, “Qual é o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal?”, formulou-se a seguinte hipótese:

H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

1.5 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população consiste no “conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades” (Vilelas, 2017, p. 143). Murteira et al. (2010, p.7), designa população como “o conjunto dos elementos cujos atributos são objeto de um determinado estudo”. A população alvo do presente estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções numa

Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, selecionada por facilidade de acesso dos investigadores. Foram determinados os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada;
- Aceitar participar voluntariamente no estudo.

A amostra deste estudo, que corresponde à totalidade da população alvo, foi selecionada pelo método não probabilístico accidental ou de conveniência, visto ser constituída por “indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin, 2009, p.321), é constituída por oito enfermeiros.

1.6 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para o presente estudo foi selecionado como instrumento de recolha de dados o questionário auto-administrado (Apêndice I). Este instrumento foi selecionado por ser uma forma rápida, anónima e uniforme para recolher dados (Fortin, 2009).

A primeira parte do questionário é constituída por sete variáveis atributo, “características pré-existentes dos participantes” (Fortin, 2009, p.172) que avaliam dados sociodemográficos e profissionais dos sujeitos do estudo:

Idade – Variável quantitativa discreta, obtida por pergunta de resposta aberta.

Género – Variável qualitativa nominal, obtida por pergunta de resposta fechada, com os itens (1) Masculino e (2) Feminino.

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

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

Categoria profissional – Variável qualitativa ordinal, obtida por pergunta de resposta fechada, com os itens (1) Enfermeiro; (2) Especialista. No caso de o profissional ser especialista é solicitado, em forma de pergunta aberta, que explicita qual a área de especialidade, resposta que se traduzirá numa variável qualitativa nominal.

Número de anos de exercício profissional – Variável quantitativa discreta, obtida por pergunta de resposta aberta.

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

Na segunda parte, denominada de avaliação da percepção dos profissionais, os profissionais descrevem aquelas que são as suas percepções acerca do conceito *Família* e de *Enfermagem de Saúde Familiar*, traduzindo-se por isso em variáveis qualitativas nominais, através de três questões de resposta aberta.

A terceira parte, avaliação de conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar, é formada por um conjunto de vinte proposições referentes a conhecimentos essenciais sobre sistémica familiar para a avaliação e intervenção de enfermagem de saúde familiar. Um número reduzido de questões arrisca-se a não abranger todos os conteúdos enquanto um número grande pode dispersar a atenção do participante e levar a que não responda. “O número de perguntas de um questionário deve ser, por isso, o adequado à pesquisa em presença e não mais que esse *quanto baste*” (Carmo & Ferreira, 2008, p.157).

As primeiras dez proposições derivam diretamente da Teoria Geral dos Sistemas e seus corolários, as dez seguintes tiveram por base o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar. As perguntas são de resposta fechada, não ambíguas e compreensíveis para os participantes, como recomendam Carmo e Ferreira (2008). No entanto, apesar de serem compreensíveis é possível que os participantes não saibam responder, pelo que além das posições de resposta, *verdadeiro* ou *falso*, foi acrescentada uma terceira posição, *não sei*, para que os profissionais não respondessem aleatoriamente, provocando eventual desvio dos resultados obtidos.

Esta variável quantitativa discreta, é operacionalizada através de vinte questões de resposta fechada com os itens: verdadeiro, falso ou não sei. A cada resposta correta será atribuída a cotação 1 e a cada resposta incorreta ou manifesto desconhecimento será atribuída a cotação 0, obtendo-se assim um valor mínimo ($X_{min.}$) possível de ser observado de 0 e um valor máximo ($X_{máx.}$) possível de ser observado de 20, com uma amplitude total possível de 20 valores. Atendendo ao valor médio ($X_{med}=10$), considera-se que a uma pontuação obtida inferior a 10 valores os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre sistémica familiar são insuficientes, entre 10-13 valores suficientes, 14-16 valores bons, 17-18 valores muito bons e 19-20 valores excelentes.

1.7 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Ciência e ética são, desejavelmente, complementares e indissociáveis. Neves e Carvalho, (2018), referem que após a Segunda Guerra Mundial e a tragédia humana que esta trouxe, a necessidade desta complementaridade evidenciou-se. Concluiu-se que ciência não pode ser autorregulada, “o progresso científico nem sempre resulta num bem maior, (...) a ciência não constitui um valor em si mesma, (...) todo o conhecimento tem uma aplicação prática, (...) nem tudo o que se pode fazer se deve fazer” (Neves & Carvalho, 2018, p. 14). Desde então a ética passou a ser chamada a impor limites, elaborar regras e constituir uma consciência esclarecida (Neves & Carvalho, 2018).

A declaração de Helsínquia, elaborada pela World Medical Association (WMA) em junho de 1964 e alterada pela última vez em outubro de 2013, reúne os princípios éticos para a investigação que envolve seres humanos. Apesar de se dirigir a médicos, a WMA incentiva que todas as investigações com seres humanos adotem os seus enunciados (WMA, 2013). Segundo esta, a investigação “está sujeita a padrões éticos que promovem e garantem o respeito por todos os seres humanos e protegem a sua saúde e direitos” (WMA, 2013, p.1), afirma que o novo conhecimento que se pretende obter não prevalece sobre os direitos e interesses individuais dos participantes, e cabe ao investigador a proteção dos mesmos.

A Declaração de Helsínquia determina a elaboração de protocolo de investigação a ser submetido à comissão de ética para a investigação antes de o estudo começar, e exige proteção da privacidade dos participantes e confidencialidade dos seus dados pessoais e o consentimento informado dos mesmos.

Tendo em atenção estes princípios foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Pedido de autorização ao coordenador da unidade de saúde selecionada para realização do estudo na mesma, tendo este procedido à autorização para a aplicação do referido estudo na unidade de saúde familiar que coordena (Apêndice II).
- Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que emitiu parecer positivo datado de 23/04/2019 (Apêndice III) e respetivo parecer

- Pedido de autorização ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) a que a unidade selecionada pertence para aplicação do estudo, tendo este autorizado a implementação do estudo na referida unidade (Apêndice IV).

- Folha de informação sobre o estudo (Apêndice V)

- Consentimento informado (Apêndice VI)

1.8 – PROGRAMA DE FORMAÇÃO

Atendendo aos objetivos do nosso estudo, foi elaborado um programa de formação (Apêndice VII), dirigido a enfermeiros que integrem Unidades de Saúde Familiares. Previamente à sua implementação foi aplicado o questionário para avaliar os conhecimentos dos profissionais.

O programa foi desenvolvido tendo em atenção as orientações para a formação do Modelo dos Sistemas de Neuman (2011), sendo o grupo de participantes o cliente e a interação entre formador, o grupo e o meio em que esta acontece o ambiente. O foco é a reação do grupo aos fatores de stress, neste caso a formação e o desconhecimento dos conteúdos teóricos. O programa encontra-se dividido em duas áreas temáticas e tem como objetivo de estimular para a aprendizagem e dotar os participantes de conhecimentos no domínio da sistémica familiar, possibilitando aos enfermeiros de família uma melhor avaliação e intervenção junto das famílias tendo-as como foco de atenção de enfermagem e não como contexto.

Na primeira temática, *Família e Enfermagem de Saúde Familiar*, foi abordada a evolução do conceito de Família, da definição por elos de sangue e legais à definição por laços e autodefinição dos elementos, as mudanças sociais e o surgimento de diferentes tipos de família, o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Familiar - da indissociabilidade das raízes da enfermagem à família, até à enfermagem de saúde familiar como disciplina com conhecimentos específicos; as características das diferentes abordagens da enfermagem de família. De seguida passámos à abordagem *Sistémica no Cuidado à Família*, apresentando a teoria geral dos sistemas, propriedades dos sistemas – totalidade, equifinalidade e retroação; a família enquanto sistema aberto, subsistemas familiares, estrutura e funcionamento familiar – hierarquia, regras e limites; ciclo vital da família e a família enquanto grupo social, suas funções. Foram utilizados os métodos expositivos e interativos durante a formação que durou cerca de quatro horas.

A fim de avaliar os conhecimentos adquiridos e consolidados, e não apenas a memória relativa ao programa de formação, um mês após a formação foi aplicado o questionário de avaliação de conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar.

1.9 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados obtidos foi efetuada recorrendo a métodos quantitativos e qualitativos, atendendo às características das diversas variáveis em estudo.

No que respeita à estatística descritiva e inferencial, utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25. A caracterização da amostra, foi executada com recurso a estatística descritiva, mais concretamente as frequências absolutas (n°), as frequências relativas (%), médias (M), medianas (Md), Desvio Padrão (σ), Valor Mínimo ($X_{min.}$) e Valor Máximo ($X_{máx.}$), tendo em conta os dados em análise. Adiante, neste subcapítulo, abordar-se-á a análise inferencial efetuada.

Face à avaliação da perceção dos participantes quanto ao conceito de família e de enfermagem de saúde familiar, procedemos à análise de conteúdo das respostas às três questões de resposta aberta. Este método consta de “um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / receção destas mensagens” (Vilelas, 2017, p. 388). A análise foi efetuada de acordo com a técnica de análise de conteúdo, de Laurence Bardin (2011). Segundo a autora a organização da análise divide-se em três fases, a pré-análise, exploração, tratamento dos resultados e interpretação (Figura 3).

A pré-análise é a organização através de atividades não estruturadas. São operacionalizadas e sistematizadas as ideias iniciais. Estabelecem-se categorias e as regras de inclusão nas mesmas. Para os resultados relativos à perceção dos conceitos de família e de enfermagem de saúde familiar foram determinadas subcategorias em que todas as palavras-chave tivessem cabimento pelo seu simbolismo, posteriormente a análise dessas subcategorias levou a que fossem agrupadas em categorias. Nos resultados relativos à perceção dos tipos de família não houve lugar à subcategorização.

A exploração do material, consta da “decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (Bardin, 2011, p.127). O tratamento dos resultados e interpretação

dos mesmos, é o tratamento dos resultados com recurso a estatística descritiva e/ou inferencial (Bardin, 2011).

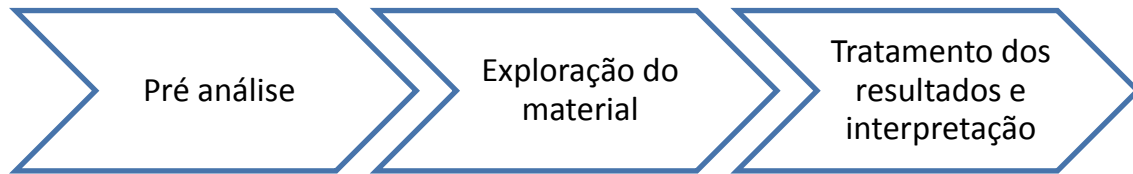


Figura 3 – Organização da Análise de Conteúdo segundo Bardin (1977), construído pela autora.

A codificação, tratamento e sistematização dos dados para que possam ser analisados (Bardin, 2011), compreende três escolhas: o recorte, a enumeração e a classificação e agregação (Figura 4).

O recorte consta da escolha das unidades de registo e de contexto. A unidade de contexto é “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial” (Bardin, 2011, p.130), pode ser a palavra, o tema, o objeto ou referente, o personagem, o acontecimento ou o documento. Para o presente estudo, atendendo a que as respostas obtidas foram palavras-chave, foi escolhida como unidade de contexto “a palavra”. A unidade de contexto codifica a unidade de registo para que se compreenda o seu significado exato. A sua dimensão é superior à da unidade de registo, por exemplo a frase para a palavra. No presente estudo tendo-se obtido palavras-chave como resposta e não frases, não foi determinada unidade de contexto.

A enumeração refere-se ao modo de contagem das unidades de registo e pode ser efetuada de várias formas: presença (ou ausência), frequência, frequência ponderada, intensidade, direção, ordem, co-ocorrência. Foi selecionada para este estudo a frequência como tipo de enumeração, segundo a qual “a importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de aparição” (Bardin, 2011, p.134).

A classificação e a agregação compreendem a escolha das categorias e a forma como se agrupam as diferentes unidades de registo em cada uma delas. No presente estudo esta análise tem carácter quantitativo por se basear na frequência de aparição das palavras-chave, obtendo por método estatístico dados descritivos. (Bardin, 2011).

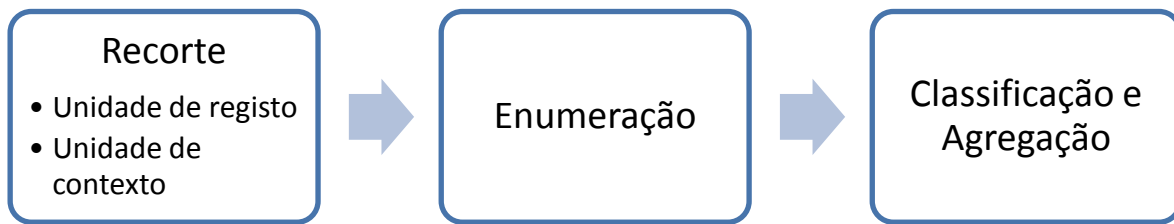


Figura 4 – Organização da codificação segundo Bardin (2011), construído pela autora.

A quantificação dos conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar obteve-se pela soma dos pontos conseguidos por cada resposta certa, dentro do conjunto de 20 questões a que responderam antes e após formação sobre o tema. Foram estabelecidos os valores absolutos, amplitude, valor mínimo e máximo, a média, a moda, o desvio padrão e a variância em ambas as ocasiões.

A análise dos resultados foi consumada por recurso ao teste da normalidade da variável dependente, utilizando para tal o teste de Shapiro-Wilk, uma vez que a amostra tem dimensão inferior a 50 elementos (Vilelas, 2017), que apresentou uma distribuição normal ($p > 0,05$), determinando o uso de testes estatísticos paramétricos (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultado do teste de normalidade da variável dependente

Variável	Kolmogorov- Smirnov ^a			Shapiro- Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar – pré intervenção	,134	8	,200*	,965	8	,855

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

^a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tendo-se verificado distribuição normal, foi utilizado Teste t para amostras relacionadas para calcular a existência de diferença estatisticamente significativa entre os conhecimentos antes e após a intervenção.

2 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação de dados foi organizada e dividida em diferentes partes, inicia-se pela caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, segue-se o resultado da análise de conteúdo das perceções dos profissionais quanto ao conceito de família e de enfermagem de saúde familiar, e por fim a avaliação dos conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar antes e após da aplicação do programa de intervenção.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

Os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes, revelam que todos os elementos da amostra são do sexo feminino, o estado civil predominante é de casado/união de facto, com 75% (n=6) dos participantes, 12,5% (n=1) afirmam ser solteiros e 12,5% (n=1) referem ser divorciados. O grau académico de licenciado é comum à totalidade dos inquiridos, e no que concerne à categoria profissional observa-se que 12,5% (n=1) é enfermeiro especialista, com a especialidade em enfermagem de saúde infantil e 87,5% (n=7) com a categoria de enfermeiro (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição sociodemográfica e profissional dos participantes

Género	nº	%
Feminino	8	100,0
Total	8	100,0
Estado Civil	nº	%
Solteiro	1	12,5
Casado/União de Facto	6	75,0
Divorciado	1	12,5
Total	8	100,0
Habilitações literárias	nº	%
Licenciatura	8	100,0
Total	8	100,0
Categoria Profissional	nº	%
Enfermeiro	7	87,5
Enfermeiro especialista	1	12,5
Total	8	100,0

Os participantes no estudo têm idades compreendidas entre os 35 anos (Xmin.) e os 56 anos (Xmax.). A média de idades é de 46,5 anos, com um desvio padrão (σ) de 6,568 anos (tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização dos participantes face à idade

Idade	Média (M)	Mediana (Md)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo	Valor Máximo	n
	46,5	47,5	6,568	35	56	8

Pela análise dos dados referentes à tabela (4), verifica-se que a média do tempo de exercício profissional é de 24,5 anos ($\sigma=6,164$), sendo o valor mínimo ($X_{\min.}$) de 13 anos e o valor máximo ($X_{\max.}$) de 33 anos. Relativamente ao tempo de serviço em cuidados de saúde primários (CSP), em média os participantes têm cerca de 9,5 anos ($\sigma=5,529$), sendo o valor mínimo ($X_{\min.}$) de 3 anos e o máximo ($X_{\max.}$) de 21 anos.

Tabela 4 - Caracterização do tempo de exercício profissional dos participantes

Anos de exercício profissional	Média (M)	Mediana (Md)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo	Valor Máximo	n
	24,5	26	6,164	13	33	8
Anos de exercício profissional em CSP	Média (M)	Mediana (Md)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo	Valor Máximo	n
	9,5	8,5	5,529	3	21	8

2.2 – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS CONCEITOS DE FAMÍLIA E DE ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR

Os resultados apresentados neste capítulo decorrem da análise de conteúdo obtido pelas respostas às questões abertas com foco na perceção dos profissionais acerca do conceito de Família e de Enfermagem de Saúde Familiar.

2.2.1 – Perceção sobre o conceito de Família

Pelas respostas à questão aberta onde se solicita que o participante indique três palavras-chave associadas ao conceito de família, obtiveram-se 24 unidades de registo, que, de acordo com o seu conteúdo, foram agrupadas em 6 subcategorias dentro de 3 categorias (tabela 5).

As unidades de registo “suporte financeiro” e “trabalho”, com uma enumeração cada, revelam que a família é tida como forma de sustento dos seus membros, pelo que se definiu a subcategoria subsistência, que se enquadra na função económica da família.

As unidades de registo “respeito” e “interação”, com uma enumeração cada, remetem para atitudes comportamentais desejáveis no seio familiar, definindo a subcategoria

“comportamento esperado”. As enunciações “pessoas” e “parentesco”, enumeradas uma vez, foram reunidas numa mesma subcategoria atendendo a que indicam as condições de quem faz parte do seu conceito de família, denominada de “contexto”. “Educação”, “Interajuda” e “Cooperação” foram enumeradas 1 vez e “Proteção” foi enumerada 2 vezes, atividades que os participantes atribuíram ao conceito de família, foram agrupadas na subcategoria “tarefas”. As três subcategorias compõem a categoria que, atendendo à função social da família enquanto célula da sociedade e primeiro grupo social se denominou de “social” e que conta com 9 enumerações.

As expressões “Suporte emocional”, “Amor” e “Afeto”, enumeradas 1 vez, são manifestação de sentimentos, pelo que foram agrupadas na subcategoria “expressão emocional”. As unidades de registo “Elo” e “Relações fortes”, enumeradas 1 vez, “Laços” e “Proximidade”, enunciadas por 2 vezes e “União”, que surge 4 vezes, evidenciam ligação emocional pelo que se agrupam na subcategoria “Sentimento de pertença”. As duas categorias constituem a categoria denominada de “Emocional” e que compreende a função emocional da família. Na categoria “Emocional” agruparam-se mais de metade do total das unidades de registo (13), em particular na subcategoria “Sentimento de pertença”, onde contamos com 10 unidades de registo, das quais se destaca “União”, enumerada 4 vezes pelos participantes.

Tabela 5 - Distribuição das palavras-chave associadas ao conceito de família (continua)

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Económica	Subsistência	“Suporte financeiro”	1
		“Trabalho”	1
		Total na categoria	2
Social	Comportamento esperado	“Respeito”	1
		“Interação”	1
	Contexto	“Pessoas”	1
		“Parentesco”	1
	Tarefas	“Educação”	1
		“Proteção”	2
“Interajuda”		1	
“Cooperação”		1	
Total na categoria	9		
Emocional	Expressão emocional	“Suporte emocional”	1
		“Amor	1

Tabela 5 - Distribuição das palavras-chave associadas ao conceito de família (conclusão)

		“Afecto”	1
	Sentimento de pertença	“Laços”	2
		“União”	4
		“Elo”	1
		“Relações fortes”	1
		“Proximidade”	2
		Total na categoria	13

As respostas encontradas revelam a conceção de família ligada ao papel que desempenha, com particular foco na vertente emocional, seguida do aspeto social e por último a função económica.

2.2.2 – Perceção sobre os tipos de família

Foi solicitado aos participantes que enumerassem os tipos de família que conhecem ao que todos deram 3 respostas. Verificou-se enumeração de família tradicional e família nuclear como conceitos distintos apresentados pelo mesmo participante e utilização da expressão união de facto por um participante, por estes motivos foram contabilizadas 22 respostas.

Família nuclear ou tradicional, família monoparental e família alargada foram identificadas por 7 participantes, família homossexual por 1 (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos tipos de família identificados pelos participantes

Categoria	Unidades de registo	N
Tipos de família	“Monoparental”	7
	“Nuclear”/ “tradicional”	7
	“Alargada”	7
	“Homossexual”	1
	Total	22

2.2.3 – Perceção sobre o conceito de enfermagem de saúde familiar

À questão aberta onde se solicita que o participante indique 3 palavras-chave associadas ao conceito de enfermagem de saúde familiar, 7 dos participantes apresentaram as palavras-chave solicitadas, um dos participantes indicou 2 palavras-chave, reunindo-se assim um total de 23 unidades de registo, agrupadas em 2 categorias e 3 subcategorias (tabela 7).

As unidades de registo “Acessibilidade” e “Planeamento”, enunciadas uma vez e “Proximidade”, que surge 2 vezes, estão associadas ao modo de funcionamento dos cuidados de saúde primários em geral e das USF em particular, pelo que se agruparam numa categoria denominada de “Organização das USF”, dentro da categoria “Características das instituições” e que reúne 4 respostas.

As palavras-chave “Conhecimento” e “Envolvimento” são referidas por duas vezes e “Cooperação”, “Confiança”, “Inclusão” e “Responsabilidade” por uma vez, revelam a necessidade de estabelecer uma relação terapêutica com a família, pelo que se agruparam na subcategoria “Relação”, que conta com 8 enumerações. As unidades de registo “Saúde”, “Doença”, “Cuidados formais”, “Orientação”, “Sensibilização” e “Proteger” foram referidos 1 vez, “Cuidar” foi enunciado 2 vezes e “Apoio” por 3 participantes. Estas expressões estão associadas aos cuidados prestados e reuniram-se na subcategoria “Cuidado” com 11 enumerações. Ambas as subcategorias se referem a características dos cuidados de enfermagem de saúde familiar pelo que se associam na categoria “Cuidados de enfermagem de saúde familiar”, que acumula 19 enumerações.

Tabela 7 - Distribuição das palavras-chave associadas ao conceito de enfermagem de saúde familiar (continua)

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo	N
Características das instituições	Organização das USF	“Proximidade”	2
		“Acessibilidade”	1
		“Planeamento”	1
		Total na categoria	4
Características dos Cuidados de enfermagem de saúde familiar	Envolvimento da família	“Conhecimento”	2
		“Envolvimento”	2
		“Cooperação”	1
		“Confiança”	1
		“Inclusão”	1
		“Responsabilidade”	1
	Cuidados prestados	“Saúde”	1
		“Doença”	1
		“Cuidados formais”	1
		“Cuidar”	2
		“Orientação”	1
		“Sensibilização”	1
		“Proteger”	1

Tabela 7 - Distribuição das palavras-chave associadas ao conceito de enfermagem de saúde familiar (conclusão)

		“Apoio”	3
		Total na categoria	19

Na categoria “Características dos cuidados de enfermagem de saúde familiar” encontram-se 20 das 23 respostas, a subcategoria “Cuidados prestados” conta com 11 unidades de registo, dentro desta é de salientar a expressão “Apoio”, utilizada por 3 participantes.

As respostas obtidas sugerem que a enfermagem de saúde familiar é, na conceção dos participantes, a prestação de cuidados envolvendo a família e estabelecendo com esta relação de ajuda, e não apenas cuidados diretos ao indivíduo. Indicam também a perceção de que para a sua implementação há exigências a serem cumpridas na organização da unidade.

2.3 – CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS SOBRE SISTÉMICA FAMILIAR

A avaliação dos conhecimentos dos participantes sobre sistémica familiar, foi efetuada pela análise da terceira parte do questionário, que se constitui por 20 perguntas de resposta fechada. Os resultados pré teste e pós teste (tabela 8) revelam, no pré teste, valor mínimo ($X_{mín.}$) de 9 (o que significa que 9 perguntas foram respondidas acertadamente no questionário com menor número de respostas certas) e máximo ($X_{máx.}$) de 18, com uma média de 14, o que fica no intervalo de 14 a 16, determinado como bom, assim, em média, os conhecimentos dos enfermeiros que participaram no estudo sobre sistémica familiar eram bons.

Quanto às medidas de dispersão, verifica-se amplitude no pré teste de 9, variância (s^2) 8,571 e desvio padrão (σ) de 2,928.

No dados relativos ao pós teste (tabela 8), isto é, após o programa de intervenção, o valor mínimo ($X_{mín.}$) obtido é de 13 e o máximo ($X_{máx.}$) 20, com uma média de 17,5, situando-se no intervalo 17- 18, determinado como muito bom, o que, pela análise destes dados, nos permite enunciar que após a implementação do programa de formação os conhecimentos dos enfermeiros melhoraram significativamente. A amplitude é de 7, a variância 4,857 e o desvio padrão (σ) 2,204.

Tabela 8 - Caracterização dos resultados da avaliação dos conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar.

	Média	Xmín.	Xmáx.	Desvio padrão (σ)	Amplitude	Variância	n
Pré Teste	14	9	18	2,928	9	8,571	8
Pós Teste	17,5	13	20	2,204	7	4,857	8

Pela análise dos resultados, apuramos o aumento dos valores de X_{mínimo}, X_{máximo} e da média, e diminuição dos valores da amplitude, desvio padrão e variância no pós teste.

Pela aplicação do Teste t para amostras relacionadas, observa-se que a diferença entre as médias dos dois conjuntos de pontuações obtidos pelo mesmo grupo de participantes antes e após a intervenção é estatisticamente significativa, $t(7) = -6,173$, $p < 0,001$ (tabela 9).

Tabela 9 – Resultado do Teste t para amostras relacionadas

	Diferenças emparelhadas					t	df	Sig. (2 extremidades)
	Média	Desvio Padrão	Desvio padrão da média	95% Intervalo de Confiança da Diferença				
				Inferior	Superior			
Conhecimentos pré formação/ conhecimentos pós formação	-3,50000	1,60357	0,56695	-4,84062	-2,15938	-6,173	7	0,000

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base nos dados apresentados e tendo presente a revisão bibliográfica, neste capítulo serão analisados os resultados obtidos atendendo às questões de investigação colocadas e comparando a estudos prévios que confirmem ou contrariem os resultados alcançados.

Desta forma, iniciaremos analisando os resultados obtidos relativamente às características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram a unidade de saúde onde decorreu o estudo. A amostra é constituída na totalidade por elementos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 35 e os 56 anos, sendo a média de 46,5 anos. Metade dos profissionais tem idades entre os 41 e os 50 anos. O estado civil de 6 dos 8 elementos é casado ou em união de facto, 1 dos elementos é divorciado e 1 solteiro. Todos são licenciados e um é especialista em saúde infantil. Os anos de serviço variam entre os 13 e os 33 anos, sendo a média 24,5 anos de serviço. Os anos de serviço em cuidados de saúde primários são mais baixos, variando entre os 3 e os 21 anos, com uma média de 9,5 anos, pelo que se conclui que estes profissionais ingressam nos cuidados de saúde primários oriundos de outras tipologias de prestação de cuidados de saúde, o que corrobora o estudo de Baganha et al. (2002), intitulado “O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional”, onde se verificou que os profissionais de saúde na generalidade optam por exercer a sua atividade profissional nos hospitais, sendo esta opção especialmente vincada nos enfermeiros. Os cuidados de saúde primários foram considerados pouco atrativos para ingresso na carreira e mais de metade dos enfermeiros nestes serviços apresentavam idades superiores a 41 anos. Ferreira (2011) no estudo “A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga”, também verificou uma larga maioria de profissionais de enfermagem do sexo feminino (89,9%), o estado civil de casado ou união de facto é predominante, com 72,2%, tal como a habilitação académica de licenciado que corresponde a 88,2% da amostra, que conta com 23,3% especialistas. A idade dos profissionais é mais baixa do que a encontrada no presente estudo, com 59,6% dos profissionais com idade igual ou inferior a 35 anos. No estudo “Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto do desempenho profissional do enfermeiro”, Santos (2012) apresenta também maioria de profissionais do sexo feminino (80%), metade dos profissionais são casados ou em união de facto, a totalidade dos participantes são licenciados e 30% são especialistas. As idades dos participantes oscilam entre os 24 e os 43 anos, com uma média de 33,8 anos, o tempo de exercício profissional oscila entre 1 e 22 anos, valores abaixo dos

observados neste estudo. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018) dos 73912 membros, 60737 (82%) são do sexo feminino, o que confirma os dados observados, a faixa etária predominante encontra-se entre os 31 e os 35 anos, abaixo da verificada na unidade em estudo, e 25,28% dos profissionais são especialistas.

As palavras – chave obtidas pelas respostas relativas ao conceito de família relacionam-se com as definições família de Hanson (2005,p.6) “dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico.”, e do International Council of Nurses (ICN, 2010, p115), ”unidade social ou todo coletivo, composta por pessoas ligados através da consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais”. Está presente a associação a conceções de índole “económica”, “social” e “emocional”, categorias nas quais as diferentes unidades de registo foram agregadas, divididas em subcategorias. Há particular incidência no carácter emocional, que obteve 13 enumerações, com a expressão “união” a ser utilizada por 4 dos 8 profissionais, e social, com 9 enumerações, verificando-se na vertente económica 2 enumerações. Segundo o Modelo dos Sistemas de Neuman (2011) a abordagem da família é feita de acordo com quatro variáveis, das quais encontramos duas na conceção de família dos participantes – as relações psicossociais e as influências espirituais. Não surgiram conceitos unívocos relativos a atributos sistémicos da família. Santos (2012), encontrou no seu estudo, na avaliação pré teste, representações de família dirigidas às características estruturais da família, nomeadamente organização, interação, função, que remetem para a conceção social da família, com 31 enumerações de um total de 32 enumerações. Não se verificaram unidades de registo com conteúdo que remeta para a vertente emocional da família, ao contrário do que revelou este estudo. O carácter económico tem, tal como no presente estudo, fraca expressão, contando apenas com uma unidade de registo. Na avaliação pós teste surge a componente emocional associada à família, com 7 enumerações relativas a “relação afetiva”, assim como uma categoria de “desenvolvimento”, que não está patente no nosso estudo. Desaparece a categoria de “função”, na qual se incluía o suporte económico, mantendo-se as categorias relativas a organização e interação.

Aos elementos desta unidade de saúde foi solicitado que enumerassem os tipos de família que conhecem, sendo que cada um dos participantes enumerou 3 tipos de família. Foram referidos no total 4 tipos diferentes de famílias: família monoparental, família nuclear/tradicional, família alargada e família homossexual. Um dos participantes referiu família tradicional e família nuclear como conceitos distintos e outro utilizou da expressão “união de facto” neste

campo. Os conceitos de família monoparental, nuclear ou tradicional e alargada foram referidos, cada um deles por 7 participantes. Família homossexual foi referida por 1. Os profissionais enumeraram um número muito limitado de tipos de famílias e nem todos o conseguiram fazer corretamente, revelando claro desconhecimento sobre o tema. As mudanças operadas na nossa sociedade levaram ao surgimento de novas formas de família ainda ignoradas ou desconhecidas pelos profissionais. Não foram encontrados estudos que permitissem confrontar os dados obtidos.

Associadas ao conceito de enfermagem de saúde familiar surgiram 23 unidades de registo, as quais foram agrupadas em duas categorias: características das instituições e características dos cuidados de enfermagem de saúde familiar. Dentro das características das organizações há a referir a organização da unidade de saúde familiar, tendo os profissionais referido a “proximidade” e “acessibilidade” dos utentes, consagrada na lei de bases da saúde (Lei nº 48/90) e reafirmada pelo Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (decreto – Lei nº298/2007). Referem ainda neste âmbito o “planeamento”, essencial para cumprir os objetivos de eficiência e qualidade a que as unidades de saúde familiar se propõem. Das características dos cuidados de enfermagem de saúde familiar emergem duas subcategorias: “relação” com 8 enumerações e “cuidado” com 11 enumerações, conceitos basilares da enfermagem de saúde familiar, por nós expostos na fundamentação teórica deste trabalho, e cuja definição indica “a necessidade de um relacionamento cooperativo” (Araújo, 2014, p.19), “ família como unidade a ser cuidada” (Elsen et al., 2001, p.94). No seu estudo, Santos (2012), categoriza “Paradigma”, referindo-se ao paradigma do cuidar, e reúne o maior número de registo, com 11 unidades de registo de um total de 32 na fase de pré teste e 13 unidade de registo do total de 32 na fase de pós teste. Segue-se a categoria “Crenças”, com 9 enumerações no pré teste e 10 no pós teste. As unidades de registo encontradas nas categorias supracitadas são sobreponíveis às encontradas no presente estudo na categoria denominada “Características dos cuidados de enfermagem de saúde familiar”. No referido estudo encontram-se ainda as categorias “Status profissional”, com 7 enumerações no pré teste e 6 no pós teste, “Imagem profissional” com 3 enumerações e “Saber” com 2 enumerações, categorias estas que no pós teste desapareceram, tendo surgido a categoria “Alvo dos cuidados”, com 3 enumerações.

A avaliação dos conhecimentos dos participantes sobre sistémica familiar, foi efetuada pela análise da terceira parte do questionário, que se constitui por 20 perguntas de resposta fechada

com valor de 1 ponto cada resposta correta. Como tal, o valor mínimo possível de observar hipoteticamente seria de zero, caso nenhuma pergunta fosse corretamente respondida, e o máximo de vinte, se todas as perguntas fossem corretamente respondidas. Verificou-se na fase de pré teste o valor mínimo de 9 valores, valor que mostra conhecimentos insuficientes sobre sistémica familiar e o máximo de 18 valores, que revela conhecimentos muito bons sobre sistémica familiar, com uma média de 14 valores, tendo este valor uma qualificação associada a bons conhecimentos. Numa USF, onde se prestam cuidados de saúde individuais e familiares, é expectável que o corpo de conhecimentos dos profissionais de enfermagem os dote de capacidades para prestar cuidados de enfermagem centrados na família, inclusivamente a legislação em vigor indica que os enfermeiros que constituem USF têm de deter o título de especialista em enfermagem de saúde familiar, reconhecendo a importância de conhecimentos específicos para a prestação de cuidados à família. Verificou-se neste estudo a existência de profissionais com conhecimentos insuficientes sobre sistémica familiar, também Apolinário (2012), se deparou com lacunas relevantes nos conhecimentos dos enfermeiros acerca de cuidados centrados na família, o que corrobora a necessidade de investir em programas de intervenção que permitam prover os enfermeiros dos conhecimentos e habilidades necessários para a prestação de cuidados à família enquanto unidade de cuidados.

Um mês após a formação, a fim de verificar a consolidação de conhecimentos sobre sistémica familiar, foi aplicado novamente o questionário de avaliação dos conhecimentos, com um resultado mínimo de 13 valores, bom, e máximo de 20 valores, excelente, com uma média de 17,5 valores, que corresponde a muito bons conhecimentos sobre sistémica familiar. Observou-se o aumento de respostas corretas em geral, transmitido pelo aumento dos valores mínimo, máximo e da média e, aplicando o Teste t para grupos dependentes, verificou-se que a diferença entre as médias dos dois conjuntos de pontuações obtidos pelo mesmo grupo de participantes é estatisticamente significativa, $t(7) = -6,173$, $p < 0,001$, o que nos leva a confirmar a hipótese do estudo:

H1 – Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

A constatação do impacto positivo de uma intervenção formativa para enfermeiros no âmbito da enfermagem de saúde familiar que revela o nosso estudo, vai ao encontro dos resultados

encontrados por outros investigadores, Fernandes (2011) concluiu que houve melhoria das atitudes dos enfermeiros para com as famílias após uma intervenção no âmbito da família como foco dos cuidados de enfermagem. Apolinário (2012) constatou aumento de conhecimentos e melhoria da perceção dos enfermeiros participantes no seu estudo quanto à abordagem centrada na família. Santos (2012) verificou mudança de atitude dos enfermeiros, tendo concluído que o programa de formação proveu os participantes de conhecimentos e possibilitou a abordagem sistémica do cuidado à família. Lindh et al. (2013), constatou a aquisição de capacidades teóricas e práticas de sistémica familiar, assim como a exibição de atitudes e comportamentos que favorecem o envolvimento da família por parte de enfermeiros após frequentarem um programa educativo. Cruz (2015) apurou um impacto positivo de uma intervenção educativa quanto à perceção dos enfermeiros no que diz respeito ao seu papel enquanto enfermeiros, a importância de cuidar a família e ao relacionamento clínico com a família. O aumento de confiança e capacidades na prestação de cuidados à família foi também verificado por Eggenberger (2016).

A intervenção formativa desenvolvida com os profissionais de enfermagem, de acordo com o Modelo dos sistemas de Neuman (2011), provocou no grupo um estímulo (stressor) que promoveu a sua atuação no sentido de um novo equilíbrio, neste caso suscitou o seu interesse pelo tema, possibilitando a aquisição de conhecimentos teóricos básicos sobre sistémica familiar, ferramenta indispensável aos cuidados de enfermagem focados na família que se preconizam nas USF. Este estudo, assim como os anteriormente referidos, demonstram a débil preparação destes profissionais para prestar cuidados às famílias, salientando a falta de formação dos profissionais, e simultaneamente revelam o franco impacto de cada intervenção nos mesmos, pelo que realçamos a importância de desenvolver junto dos profissionais intervenções neste domínio.

4 – CONCLUSÃO

As características sociodemográficas e profissionais da amostra revelam que todos os profissionais desta unidade são do sexo feminino e tem o grau académico de licenciado, apenas 1 elemento é especialista em enfermagem, 75% são casados ou vivem em união de facto. A idade dos profissionais está compreendida entre os 35 e os 56 anos, sendo a média de 46,5 anos. O tempo de exercício profissional varia entre os 13 e os 33 anos e o tempo de exercício profissional em CSP varia entre 3 e 21 anos.

A perceção do conceito de família destes profissionais aproxima-se dos conceitos dos teóricos de enfermagem, revelando perspectiva económica, social e emocional da família, sem que se verificassem claramente atributos sistémicos da família. O conhecimento dos tipos de famílias existentes é limitado. Os participantes associam características específicas da organização das unidades de saúde à prestação de cuidados centrados na família. É clara a associação da enfermagem de saúde familiar ao cuidar norteado pela relação entre o enfermeiro e a família, não diferenciando no entanto a família como foco ou apenas como contexto.

A avaliação prévia dos conhecimentos dos profissionais é essencial para determinar o sucesso, ou não, da intervenção formativa. Os conhecimentos dos profissionais, previamente à aplicação do programa de intervenção que se constituiu de um programa de formação, oscilavam entre 9 valores (insuficiente) e 18 valores (muito bom), com uma média de 14 valores (bom). Um mês após a formação a reavaliação de conhecimentos revelou franca melhoria dos conhecimentos com o valor mínimo de 13 valores (bom) e o máximo de 20 valores (excelente), sendo a média de 17,5 valores (muito bom). Por aplicação do Teste t para grupos dependentes, verificou-se que a diferença entre as médias dos dois conjuntos de pontuações obtidos pelo mesmo grupo de participantes é estatisticamente significativa, $t(7) = -6,173$, $p < 0,001$, confirmando a hipótese do estudo e acusando a qualidade da estratégia de formação desenvolvida, que facultou aos formandos conhecimentos que foram cimentados, uma vez que estavam presentes um mês após a mesma.

Os objetivos propostos foram cumpridos na íntegra e a hipótese proposta confirmada, pelo que se conclui que as estratégias de intervenção adotadas, promoveram o aumento dos conhecimentos dos profissionais sobre a sistémica familiar. A construção do programa formativo, assente nos referenciais teóricos e dirigido a enfermeiros que prestam cuidados de saúde à família, teve em conta a possibilidade de este se estender a outras unidades de saúde,

sejam ou não USF, pelo que pode ser utilizado de forma flexível sem perder as suas qualidades. Esta ferramenta, que foi de grande importância para a transmissão de saberes e suscitar interesse para o tema abordado, deverá ser usada posteriormente, com intuito de introduzir no sistema constituído pelos profissionais, novo estímulo para que possam continuar a evoluir para novos e superiores estados de equilíbrio.

As dificuldades encontradas prendem-se essencialmente com as restrições impostas pelo tempo, e a existência de poucos estudos e publicações neste âmbito. O interesse demonstrado pelos profissionais foi gratificante e facilitou a coordenação para as diferentes fases da investigação. As limitações do estudo prendem-se com o condicionamento da extrapolação dos resultados ao contexto deste estudo, e com o número reduzido de participantes.

Atendendo ao resultado da formação, que se pretende divulgar em publicações da especialidade e pela participação em eventos de cariz científico no âmbito da enfermagem de saúde familiar, esta poderá ser ponto de partida para a aplicação mais vasta de um programa de intervenção para dotar os enfermeiros de conhecimentos sobre sistémica familiar. Estudos posteriores poderão avaliar de que forma o aumento de conhecimentos sobre sistémica familiar modifica os cuidados de enfermagem às famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Apolinário, M. (2012, jul.). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência, serIII* (7), 83-92. DOI: [10.12707/RIII11145](https://doi.org/10.12707/RIII11145)
- Araújo, C. (2014). *Perceção dos Utentes de uma unidade de Saúde Familiar dos Cuidados o Enfermeiro de Família* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/33903.pdf>
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina do CES*, 182, 1-33.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa. Portugal.
- Bertalanffy, L. (1972). *General System Theory – Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Caeiro, R.T. (1991). *Registos clínicos em medicina familiar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Carmo, H., & Ferreira, M.M. (2008). *Metodologia da Investigação – Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Costa, A.P., Souza, F.N., Souza, D. N., Brzezinski, I., Alarcão, A., Amado, J. & Oliveira, M. (2014). *Investigação qualitativa: Inovação, dilemas e desafios*. Oliveira de Azeméis: Ludomédia.
- Cruz, A. (2015). *Relacionamento com famílias na prática clínica de enfermagem no contexto neonatal e pediátrico: impacto de uma intervenção educativa e proposição de uma escala de autoeficácia* (Tese de doutoramento, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-14102015-112747/en.php>
- Dias, M.O. (2011). Um Olhar Sobre a Família na Perspetiva Sistémica. O Processo de Comunicação no Sistema Familiar. *Gestão e Desenvolvimento* (19), 139-156.
- Direcção Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010. (Vol I e II)*. Disponível em <https://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>
- Doenges, M.E. & Moorhouse, M.F. (1992). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem: Um Texto Interactivo*. Lisboa: Lusodidacta.
- Eggenberger, S., & Sanders, M. (2016, nov.). A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. *Australian Critical Care* (29), 217-223. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.09.002>
- Elsen, I., Althoff, C.R. & Manfrini, G. C. (2001, jul./dez.). Saúde da Família: Desafios Teóricos. *Família Saúde e Desenvolvimento*, 3 (2), 89- 97. Disponível em <file:///C:/Users/Admin/Downloads/5048-11528-1-PB.pdf>
- Fernandes, C. (2011). *A Família Como Foco dos Cuidados de Enfermagem – Aprendendo com o Family nursing game*. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Disponível em [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dissert_Carla_silvia_fernandes%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dissert_Carla_silvia_fernandes%20(2).pdf)
- Fernandes, C. (2015). *A Família Como Foco dos Cuidados de Enfermagem - Aprendendo com o Family nursing game*. Loures: Lusodidacta.
- Ferreira, V.L.A. (2011). *A satisfação profissional dos enfermeiros em cuidados de saúde primários no distrito de Braga*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto). Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf>
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 10 de set. 2019. Disponível em <https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine>

- International Council of Nurses. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Lindh, R. V., Persson, V. C., Saveman, B. I., Englund, C. J., Idberger, K., & Östlund E.A.U. (2013, fev.). An initiative to teach family systems nursing using online health-promoting conversations: A multi-methods evaluation. *Journal of Nursing Education and Practice*, vol 3 (2), 54-66. DOI: [10.5430/jnep.v3n2p54](https://doi.org/10.5430/jnep.v3n2p54)
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto: Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF). *Diário da República, Série I, n.º 161*, 5587-5596. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/107546128/view?q=298%2F2007>
- Ministério da Saúde. (2014). Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto: Enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários. *Diário da República, Série I, n.º 149*, 4069-4071. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/118/2014/08/05/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde. (2017). Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho: Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar. *Diário da República, Série I, n.º 118*, 3128-3140. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/107541409/details/normal?q=73%2F2017>
- Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2012). Despacho n.º 10321/2012 de 1 de agosto: Determina que é constituído o grupo de trabalho para preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família. *Diário da República, Série II, n.º 148*, 27140-27140. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/2653914/details/normal?q=despacho+10321+2012>
- Murteira, B., Ribeiro, C.A., Silva, J.A., & Pimenta, C. (2010). *Introdução à Estatística*. Lisboa: Escolar Editora.
- Neves, M.C.P. & Carvalho, M.G. (2018). *Ética aplicada: Investigação científica*. Lisboa: Edições 70.
- Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. Upper Saddle River: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Acedido a 30 out. 2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Acedido a 30 out. 2018. Disponível em https://www.aesop-enfermeiros.org/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0897756001435324648-179.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária – Na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Acedido a 30 out. 2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadececomunsfamiliarsp%C3%BAblica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 de 16 de Julho: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário Da República, Série II, n.º 135*, 19354–19359. Disponível em <https://dre.pt/home/-/dre/115698616/details/maximized>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Membros ativos. Acedido a 8 jul. 2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11135/c%C3%B3pia-de-2018_acumulado_dadosestatisticos_nacional.pdf
- Pordata. (2019). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Acedido a 10 set. 2019. Disponível em <https://www.pordata.pt/>
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva - Publicações, Lda.
- Ratti, A., Pereira, M., & Centa, M. (2005, jan./abr.) A relevância da cultura no cuidado às famílias. *Família, Saúde Desenvolvimento*, 7 (1), 60-68. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v7i1.8054>

- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família* (2ª edição). Porto: Afrontamento.
- Santos, M.L.V.A. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- World Health Organization. (2000). The family health nurse context, conceptual framework and curriculum. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Acedido a 10 ago. 2019 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. 64th WMA General Assembly. Fortaleza, Brazil. Acedido a 1 mar. 2019. Disponível em https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf
- Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Roca.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário

Questionário

Parte I – Avaliação de dados sociodemográficos e profissionais

Idade _____ anos

Género: 1.Masculino 2.Feminino

Estado civil: 1. Solteiro 2. Casado/União de fato 3. Divorciado/Separado 4.

Viúvo

Habilitações académicas: 1. Bacharel 2. Licenciado 3. Mestre 4. Doutor

Categoria profissional: 1. Enfermeiro Especialista Qual: _____

Número de anos de exercício profissional _____

Número de anos de exercício profissional em CSP _____

Parte II – Avaliação da perceção dos profissionais

Indique 3 palavras-chave que lhe ocorrem quando pensa no conceito de Família

1 - _____

2 - _____

3 - _____

Enumere os tipos de família que conhece:

Indique 3 palavras-chave que lhe ocorrem quando pensa no conceito Enfermagem de Saúde Familiar

1 - _____

2 - _____

3 - _____

Parte III – Avaliação dos conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar

Afirmações: Assinale se as afirmações seguintes são verdadeiras (V) ou falsas (F). Caso não saiba ou não tenha a certeza, indique a opção Não Sei.	V	F	Não Sei
1.A família é um sistema composto de subsistemas ligados por relações entre si.			
2.A família pode caracteriza-se como Sistema Fechado ou Aberto.			
3.A família é igual à soma das suas partes e redutível às mesmas.			
4.O comportamento de cada um dos membros é independente do comportamento dos restantes.			
5.A família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de outros sistemas mais amplos.			
6.Diferentes famílias, a partir de condições iniciais diferentes podem obter resultados semelhantes e a condições iniciais semelhantes podem corresponder resultados diferentes.			
7.O comportamento de um elemento da família é suficiente para explicar o comportamento de outro elemento.			
8.Os comportamentos dos membros da família são compreendidos melhor do ponto de vista linear, do que de causalidade			
9.Cada elemento da família participa em diferentes subsistemas			

dentro da mesma.			
10.Cada elemento da família é ele mesmo um sistema composto por subsistemas.			
11.A estrutura familiar refere-se à forma como se desenvolvem relações entre e dentro de cada subsistema e como estes se organizam.			
12.O funcionamento do sistema familiar exige o estabelecimento de regras e limites, e dentro da mesma família não podem existir diferentes tipos de limites.			
13.Os limites rígidos tendem a separar			
14.Aos limites difusos aumentam a diferenciação do sistema familiar			
15.No sistema familiar existe hierarquia do poder e coligações			
16.A família é o primeiro grupo social em que cada indivíduo se integra.			
17.As funções da família do ponto de vista sistémico, são a proteção, nutrição e sociabilização dos seus membros			
18.Na perspetiva sistémica a família tem um único objetivo – a acomodação a uma cultura e transmissão da mesma.			
19.O Ciclo Vital da Família representa um esquema de classificação em estádios que representam o percurso que todas as famílias percorrem.			
20.As diferentes etapas do Ciclo Vital da Família são caracterizadas essencialmente pela existência de filhos e suas idades.			

APÊNDICE II

Pedido de autorização para aplicação do estudo ao coordenador da USF
selecionada e autorização do mesmo

FW: Pedido de Autorização

[Redacted]
Hoje, 09:55
Tania Fernanda Mesquita Silva Jordão;



Responder a todos |

Caixa de Entrada

Respondeu em 27-02-2019 10:07.

pedido coordenador.docx
36 KB

Transferir

Apos a analise do Projeto de Investigação informo autorizar a realização do estudo na USF [Redacted]
Aguardo posterior partilha do resultado final.
Desejos de muito sucesso

[Redacted]
Coordenador da USF [Redacted]

[Redacted]@arscentro.min-saude.pt

[Redacted]@arscentro.min-saude.pt

De: taniafjordao@sapo.pt <taniafjordao@sapo.pt>
Enviado: 26 de fevereiro de 2019 11:42
Para: [Redacted]
Assunto: Pedido de Autorização

Ex.mo Sr. Coordenador da USF [Redacted]

Dr. [Redacted]

Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, estando a desenvolver o estudo de investigação no âmbito da dissertação de mestrado subordinado ao tema "A SISTÊMICA FAMILIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA FAMÍLIA – IMPACTO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO", sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques, vem solicitar a Vossa autorização para proceder ao estudo na Unidade de Saúde que Vossa Excelência coordena.
Junto envio projeto de Investigação.

Grata pela atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Tânia Jordão

APÊNDICE III

Pedido de parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e respetivo parecer

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”. Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s):

Carolina Miguel Graça Henriques

Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão

Outros investigadores a definir

Filiação Institucional:

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4)

Investigador responsável/orientador: Carolina Miguel Henriques

Justificação: A Enfermagem de Saúde Familiar, com um corpo de conhecimentos próprio e mudando o paradigma do sujeito para a família, tem particular atenção nas últimas décadas e está em evolução, sendo uma área de intervenção e investigação recente. Os estudos existentes, ainda escassos, indiciam que a abordagem sistémica da família não é prática habitual no cuidado à família, o que suscitou a curiosidade e interesse das investigadoras para o tema.

Objetivos do Estudo:

Identificar os conhecimentos dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, face à sistémica familiar no cuidado de enfermagem;

Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre a família;

Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região

Centro de Portugal sobre enfermagem de saúde familiar;
Avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal

Data prevista de início dos trabalhos: abril 2019
trabalhos: dezembro 2019

Data prevista de fim dos

Data prevista de início da colheita de dados: maio 2019

Data prevista de fim da colheita de dados: dezembro 2019

Metodologia

Tipo de Estudo: quase-experimental, com desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de caráter quantitativo e longitudinal.

População e Amostra/Informantes: A população e amostra é constituída pelos enfermeiros que exercem funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada.

Crítérios de Inclusão/Exclusão: ser enfermeiro a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada e aceitar participar no estudo.

Locais onde Decorre a Investigação: Unidade de Saúde Familiar.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado): Questionário autoadministrado.

Garantia de Confidencialidade:

Serão mantidas as regras de confidencialidade e anonimato. As informações obtidas serão combinadas com as de outros participantes. O resultado final do estudo e/ou artigos publicados apresentarão as conclusões sob a forma de números relativos ao grupo de participantes. Nunca serão publicados dados que permitam a identificação de qualquer participante. Os participantes são completamente livres de recusar participar e estaremos à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre o estudo.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento

para informação e obtenção do consentimento): na introdução ao questionário, será explicado que a participação é voluntária e que em qualquer momento pode recusar participar no estudo.

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

Há previsão de danos para os sujeitos da investigação? Não

Explicitar em caso afirmativo:

Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação? Sim

Explicitar em caso afirmativo: aumento dos seus conhecimentos no âmbito do programa de formação.

Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação: Não
existem.

ANEXAR

1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação (caso já exista)

2 - Folha de Consentimento Informado (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- carácter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas

- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados

4 – Projeto de Investigação (máximo 20 páginas)

5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s) (máximo 1 página por cada)

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data: 18/03/2019

O(s) Proponente(s):



(Assinatura manuscrita)

ANEXO I - Autorização/concordância do serviço onde decorre a investigação

FW: Pedido de Autorização

[Redacted]
Hoje, 09:55
Tania Fernanda Mesquita Silva Jordao; [Redacted]



Responder a todos |

Caixa de Entrada

Respondeu em 27-02-2019 10:07.

pedido coordenador.docx
36 KB

Transferir

Apos a analise do Projeto de Investigação informo autorizar a realização do estudo na USF [Redacted].
Aguardo posterior partilha do resultado final.
Desejos de muito sucesso

[Redacted]
Coordenador da USF [Redacted]
Rua [Redacted]
Tefef: [Redacted]
[Redacted]@arscentro.min-saude.pt
[Redacted]@arscentro.min-saude.pt

De: taniafjordao@sapo.pt <taniafjordao@sapo.pt>
Enviado: 26 de fevereiro de 2019 11:42
Para: [Redacted]
Assunto: Pedido de Autorização

Ex.mo Sr. Coordenador da USF [Redacted]
Dr. [Redacted]

Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, estando a desenvolver o estudo de investigação no âmbito da dissertação de mestrado subordinado ao tema "A SISTÊMICA FAMILIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA FAMÍLIA – IMPACTO DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO", sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques, vem solicitar a Vossa autorização para proceder ao estudo na Unidade de Saúde que Vossa Excelência coordena.
Junto envio projeto de Investigação.

Grata pela atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Tânia Jordão

ANEXO II - Folha de Consentimento Informado

A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação

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

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

Identificação dos Investigadores: Professora Doutora Carolina Henriques, Mestranda Tânia Jordão

Título do estudo: A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família –
Impacto de um Programa de Formação

Enquadramento: O presente estudo surge no âmbito da dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques. O estudo, quase-experimental, com desenho do tipo pré e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal, desenvolve-se com um grupo de enfermeiros e compõe-se em três fases. A primeira fase consta da avaliação inicial, com a qual se pretendem conhecer os dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros, as suas perceções acerca de família e enfermagem de saúde familiar e os seus conhecimentos sobre sistémica familiar. A segunda fase compõe-se de um programa de formação subordinado aos temas **Família e Enfermagem de Saúde Familiar** e **Abordagem sistémica no Cuidado à Família**. A terceira fase diz respeito ao segundo momento de recolha de dados, após o programa de formação.

Os estudos existentes, ainda poucos, indiciam que a abordagem sistémica da família não é prática habitual no cuidado à família, daí surge a necessidade nas investigadoras de procurar perceber qual o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal.

A Enfermagem de Saúde Familiar, com um corpo de conhecimentos próprio e mudando o paradigma do sujeito para a família, tem particular atenção nas últimas décadas e está em evolução, sendo uma área de intervenção e investigação recente. Em 2017 a Ordem dos

Enfermeiros cria a Área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar sob a alçada do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária e emite o Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Familiar.

Explicação do estudo: Este estudo tem como objetivos: Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal; Identificar os conhecimentos dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, face à sistémica familiar no cuidado de enfermagem; Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre a família; Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre enfermagem de saúde familiar; Avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal.

A hipótese de investigação delineada é: Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

A recolha dos dados será feita através de um questionário auto administrado aplicado antes e após o programa de formação.

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

Os dados são anónimos e confidenciais, pelo que todos os dados serão anonimizados e ficarão armazenados na Escola Superior de Saúde de Leiria, do Politécnico de Leiria.

O tratamento estatístico de dados será feito utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

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

Os investigadores encontram-se disponíveis para qualquer esclarecimento de dúvidas. Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se algo lhe parecer incorreto ou dúbio não hesite em solicitar mais informações (taniafjordao@sapo.pt).

P'los Investigadores:

Consentimento do Participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo **“A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação”**. Assim, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados, que faculto voluntariamente, para fins científicos e publicações decorrentes e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome:

Assinatura:

Data

ANEXO III - Instrumento de Colheita de Dados

Questionário

Parte I – Avaliação de dados sociodemográficos e profissionais

1. Idade _____ anos
2. Género: 1.Masculino 2.Feminino
3. Estado civil: 1. Solteiro 2. Casado/União de fato 3. Divorciado/Separado 4.
Viúvo
4. Habilitações académicas: 1. Bacharel 2. Licenciado 3. Mestre 4. Doutor
5. Categoria profissional: 1. Enfermeiro Especialista Qual: _____
6. Número de anos de exercício profissional _____
7. Número de anos de exercício profissional em CSP _____

Parte II – Avaliação da perceção dos profissionais

Indique 3 palavras-chave que lhe ocorrem quando pensa no conceito de Família

1 - _____

2 - _____

3 - _____

Enumere os tipos de família que conhece:

Indique 3 palavras-chave que lhe ocorrem quando pensa no conceito Enfermagem de Saúde Familiar

1 - _____

2 - _____

3 - _____

Parte III – Avaliação dos conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar

Afirmações: Assinale se as afirmações seguintes são verdadeiras (V) ou falsas (F). Caso não saiba ou não tenha a certeza, indique a opção Não Sei.	V	F	Não Sei
1.A família é um sistema composto de subsistemas ligados por relações entre si.			
2.A família pode caracteriza-se como Sistema Fechado ou Aberto.			
3.A família é igual à soma das suas partes e redutível às mesmas.			
4.O comportamento de cada um dos membros é independente do comportamento dos restantes.			
5.A família enquanto sistema é um todo, mas é também parte de outros sistemas mais amplos.			
6.Diferentes famílias, a partir de condições iniciais diferentes podem obter resultados semelhantes e a condições iniciais semelhantes podem corresponder resultados diferentes.			
7.O comportamento de um elemento da família é suficiente para explicar o comportamento de outro elemento.			
8.Os comportamentos dos membros da família são compreendidos melhor do ponto de vista linear, do que de causalidade			
9.Cada elemento da família participa em diferentes subsistemas dentro da mesma.			
10.Cada elemento da família é ele mesmo um sistema composto por subsistemas.			
11.A estrutura familiar refere-se à forma como se desenvolvem relações entre e dentro de cada subsistema e como estes se organizam.			

12.O funcionamento do sistema familiar exige o estabelecimento de regras e limites, e dentro da mesma família não podem existir diferentes tipos de limites.			
13.Os limites rígidos tendem a separar			
14.Aos limites difusos aumentam a diferenciação do sistema familiar			
15.No sistema familiar existem hierarquia do poder e coligações			
16.A família é o primeiro grupo social em que cada indivíduo se integra.			
17.As funções da família do ponto de vista sistémico, são a proteção, nutrição e sociabilização dos seus membros			
18.Na perspetiva sistémica a família tem um único objetivo – a acomodação a uma cultura e transmissão da mesma.			
19.O Ciclo Vital da Família representa um esquema de classificação em estádios que representam o percurso que todas as famílias percorrem.			
20.As diferentes etapas do Ciclo Vital da Família são caracterizadas essencialmente pela existência de filhos e suas idades.			

ANEXO IV - Projeto de Investigação

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
POLITÉCNICO DE LEIRIA

**TÍTULO: A SISTÉMICA FAMILIAR NO CUIDADO DE ENFERMAGEM
CENTRADO NA FAMÍLIA – IMPACTO DE UM PROGRAMA DE
FORMAÇÃO**

PROPONENTES: Carolina Miguel Graça Henriques

Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão

ORIENTADORA: Professora Doutora Carolina Henriques, Professora Adjunta na Escola
Superior de Saúde de Leiria, Politécnico de Leiria

JUSTIFICAÇÃO: A Enfermagem de Saúde Familiar, com um corpo de conhecimentos próprio e mudando o paradigma do sujeito para a família, tem particular atenção nas últimas décadas e está em evolução, sendo uma área de intervenção e investigação recente. Os estudos existentes, ainda escassos, indiciam que a abordagem sistémica da família não é prática habitual no cuidado à família, o que suscitou a curiosidade e interesse das investigadoras para o tema, tendo formulado a questão à qual se pretende responder com o presente estudo - qual o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal?

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento, Cuidados de Enfermagem, Educação em
Enfermagem, Enfermagem, Enfermagem Familiar, Família.

KEYWORDS: Knowledge, Nursing Care, Nursing Education, Nursing, Family Nursing,
Family

OBJETIVOS:

Mediante a problemática que nos propusemos a estudar, delineamos os objetivos que são, segundo Fortin (2009) enunciados que apontam o rumo da investigação. Para o presente estudo definimos os seguintes objetivos:

1. Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal;
2. Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre a família;
3. Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre enfermagem de saúde familiar;
4. Identificar os conhecimentos dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, face à sistémica familiar no cuidado de enfermagem;
5. Avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, nos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal;

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO:

Decorrentes dos objetivos foram elaboradas as questões de investigação a que nos propusemos responder:

1. Quais são as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal;
2. Qual é a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre a família;
3. Qual é a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre a enfermagem de saúde familiar;
4. Quais são os conhecimentos dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, face à sistémica familiar no cuidado de enfermagem;
5. Qual é o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal.

HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO:

Da necessidade de conceber um caminho a seguir que oriente a investigação, com a finalidade de verificar relações entre duas ou mais variáveis, surgem as hipóteses. Estas são enunciados formais que preveem a relação entre variáveis (Fortin, 1999) que devem “indicar, direta ou indiretamente, o tipo de observações a recolher, bem como as relações a verificar entre estas observações, para averiguar em que medida a hipótese é confirmada ou infirmada pelos factos” (Quivy & Campenhautd, 1998, p.137). Com este estudo pretendemos testar a hipótese:

H1 - Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

ESTADO DA ARTE:

Ao longo da história está patente que o envolvimento da família faz parte da enfermagem, no entanto, com a evolução científica e tecnológica e o paradigma biomédico, durante algum tempo o aspeto curativo assumiu particular importância. Verificou-se o abandono dos cuidados domiciliários e o doente foi transportado para o hospital, afastando as famílias dos cuidados aos seus entes queridos em momentos como o nascimento e a morte (Araújo 2014).

A enfermagem de família, enquanto campo disciplinar de enfermagem com um corpo de conhecimentos específico, tem-se desenvolvido no domínio teórico com a criação de modelos e teorias de avaliação e intervenção familiar que enfatizam a mudança de paradigma do indivíduo para a família (Figueiredo, 2012). Do ponto de vista conceptual, a enfermagem de família, surge da confluência dos modelos de enfermagem, de teorias da terapia familiar e de teorias de ciências sociais da família Hanson (2005).

São diversas as denominações que pretendem designar a relação terapêutica entre enfermeiros e famílias, nomeadamente Enfermagem de Saúde Familiar, Enfermagem de Família, Cuidado Centrado na Família. Todas elas indicam “a necessidade de um relacionamento cooperativo, e não hierárquico, entre os dois intervenientes deste processo” (Araújo, 2014, p.19). A Enfermagem de Saúde Familiar dirige-se à “família como unidade a ser cuidada, focaliza sua atenção nas interações intra e extra-familiares, busca conhecer o processo de viver da família

transições e crises que enfrentam, identificando suas fragilidades, fontes de estresse, recursos e seus modos de cuidar” (Elsen, Althoff e Manfrini, 2001, p.94), promove o *empowerment* das famílias ao desenvolver com as mesmas intervenções terapêuticas. Existem diferentes visões da prática de enfermagem de família. Estas podem ter como objetivo a família como contexto, a família como um todo, a família como um sistema ou a família como uma componente da sociedade (Hanson, 2005).

O percurso da enfermagem de família em Portugal é relativamente recente, havendo a apontar como grandes responsáveis pela sua evolução a Ordem dos Enfermeiros (OE), o Ministério da Saúde e a formação e investigação (Araújo, 2014).

A abordagem sistémica das famílias surge a partir da Teoria Geral dos Sistemas do biólogo Ludwig Von Bertalanffy (1972) - Um campo lógico-matemático que pretende a formulação e derivação dos princípios gerais aplicáveis aos sistemas em geral: sistema é um complexo de elementos interdependentes em interação dinâmica, um todo organizado formado por elementos interdependentes, que interagem com objetos comuns, rodeado pelo meio exterior, onde se incluem os sistemas humanos, nomeadamente as famílias. O sistema familiar é um todo organizado, composto por hierarquias e relações entre os diversos subsistemas e parte de um supra sistema. Cada elemento da família participa em diferentes subsistemas, nos quais assume diferentes papéis e estatutos (filho e irmão por exemplo) e é ele mesmo um sistema, composto pelos subsistemas físico, psicológico e espiritual (Araújo, 2014).

A enfermagem de família, como área disciplinar é recente, pelo que os estudos neste âmbito são ainda escassos, verifica-se no entanto que são concordantes quanto ao facto de que a abordagem sistémica à família não é prática sistemática dos enfermeiros.

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDO: O presente estudo desenvolve-se com um grupo de enfermeiros, sobre os quais será a investigação, composta por dois momentos de recolha de dados no mesmo grupo de sujeitos - uma avaliação inicial, e uma avaliação após o programa de formação - leva-nos a denominar este estudo como quase-experimental, com um desenho do tipo pré teste e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal.

POPULAÇÃO/AMOSTRA: A população do presente estudo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções numa Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, selecionada por facilidade de acesso da investigadora.

Foram determinados os seguintes critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar selecionada
- Aceitar participar no estudo

A amostra deste estudo, é selecionada pelo método não probabilístico acidental ou de conveniência, visto ser constituída por “indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos” (Fortin, 2009, p.321).

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS: Para o presente estudo foi selecionado como instrumento de recolha de dados o questionário auto-administrado. Este instrumento foi selecionado por ser uma forma rápida, anónima e uniforme para recolher dados (Fortin,2009). A primeira parte do questionário é constituída por sete variáveis atributo, “características pré-existentes dos participantes” (Fortin, 2009) que avaliam dados sociodemográficos e profissionais dos sujeitos do estudo:

Idade – Variável quantitativa discreta, obtida por pergunta de resposta aberta.

Género – Variável qualitativa nominal, obtida por pergunta de resposta fechada, com os itens
(1) Masculino e (2) Feminino

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

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

Categoria profissional – Variável qualitativa ordinal, obtida por pergunta de resposta fechada, com os itens (1) Enfermeiro; (2) Especialista. No caso de o profissional ser especialista é solicitado, em forma de pergunta aberta, que explicita qual a área de especialidade, resposta que se traduzirá numa variável qualitativa nominal.

Número de anos de exercício profissional – Variável quantitativa discreta, obtida por pergunta de resposta aberta.

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

Na segunda parte, denominada de avaliação da perceção dos profissionais (variável qualitativa nominal) procura-se conhecer quais são as perceções acerca de família e enfermagem de saúde familiar em três questões de resposta aberta. Para o tratamento destas respostas será utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Na terceira parte, realiza-se a avaliação de conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar (variável quantitativa discreta), obtida pela análise às respostas do instrumento constituído por vinte questões de resposta fechada. O profissional deverá selecionar uma só opção de resposta face a cada afirmação - verdadeiro, falso ou não sei. A cada resposta correta será atribuída a cotação 1 e a cada resposta incorreta ou manifesto desconhecimento será atribuída a cotação 0, obtendo assim um valor mínimo ($X_{min.}$) possível de ser observado de 0 e um valor máximo ($X_{máx.}$) de ser observado de 20, com uma amplitude total possível de 20.

PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E CONSIDERAÇÕES ÉTICAS: À investigação impõe-se o limite do respeito pela pessoa e pela sua dignidade (Fortin, 2009). Para a elaboração do presente estudo foram respeitadas as normas éticas da investigação, que se fundamentam “sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência” (Fortin, 2009, p. 180). Tendo em atenção estes princípios foram efetuados os seguintes procedimentos:

- Solicitada autorização ao coordenador da unidade de saúde selecionada para realização do estudo na mesma;
- Pedido parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Pedida autorização ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde a que a unidade selecionada pertence para aplicação do estudo;
- Prestados os esclarecimentos aos participantes quanto ao fim e objetivos do estudo, carácter confidencial dos dados, garantido acesso aos resultados e carácter voluntário da participação, após o que foi entregue o formulário de consentimento informado.

LOCAL DE COLHEITA DE DADOS: Ambas as colheitas de dados e o programa formativo decorrerão numa Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal.

TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Segundo Fortin (2009, p.410), “As análises estatísticas descritivas servem para descrever as características da amostra e para encontrar respostas às questões de investigação, enquanto que as análises estatísticas inferenciais permitem verificar hipóteses”. No presente estudo será utilizada estatística descritiva e inferencial, com recurso ao *programa Statistical Package for Social Science* (SPSS).

A análise descritiva será utilizada com os objetivos de descrever e organizar os dados obtidos da amostra sob a forma de quadros e gráfico, calcular distribuições de frequência, medidas de tendência central e de dispersão e medidas de associação entre variáveis.

A normalidade da variável dependente, os conhecimentos dos profissionais sobre sistémica familiar, será testada e conforme se verifique distribuição normal ou não da amostra serão utilizados testes paramétricos ou não paramétricos para verificar a hipótese em estudo.

GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE E CONSENTIMENTO INFORMADO

Serão mantidas as regras de confidencialidade e anonimato. As informações obtidas serão combinadas com as de outros participantes. O resultado final do estudo e/ou artigos publicados apresentarão as conclusões sob a forma de números relativos ao grupo de participantes. Nunca serão publicados dados que permitam a identificação de qualquer participante. Os participantes são completamente livres de recusar participar e estaremos à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida sobre o estudo. Na introdução ao questionário, será explicado que a participação é voluntária e que em qualquer momento pode recusar participar no estudo.

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

Não existem riscos, prejuízos ou custos para os participantes. O benefício esperado é o incremento dos conhecimentos dos participantes, facultado pelo programa de formação.

CRONOGRAMA DO PLANO DE TRABALHOS

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

LISTA PRÉVIA DE BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

Araújo, C. (2014). *Perceção dos Utentes de uma unidade de Saúde Familiar dos Cuidados o Enfermeiro de Família* (Tese de Mestrado). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/77847/2/33903.pdf>

Bertalanffy, L. (1972) *General System Theory – Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.

Elsen, I., Althoff, C.R., & Manfrini, G. C. (2001, jul./dez.). Saúde da Família: Desafios Teóricos. *Família Saúde e Desenvolvimento*, 3 (2), 89- 97. doi:10.5380/fsd.v3i2.5048

Fernandes, C. (2015). *A Família Como Foco dos Cuidados de Enfermagem - Aprendendo com o Family nursing game*. Loures: Lusodidacta.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar - Uma Abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. Loures: Lusociência.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. Upper Saddle River: Pearson.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva - Publicações, Lda.

Wright, L., & Leahey, M. (2011). *Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Roca.

Wright, L., & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

CONDIÇÕES E FINANCIAMENTO

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

ANEXO V – Programa Formativo

Programa de Formação

Sessão	Temática	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Duração
1	Família e Enfermagem de Saúde Familiar Abordagem Sistémica no Cuidado à Família	Reconhecer a evolução e conceitos referentes à família e à Enfermagem de Saúde Familiar Conhecer os princípios da Teoria Geral dos Sistemas e as propriedades dos sistemas. Definir a família enquanto sistema, identificar subsistemas familiares, estrutura e funcionamento familiar, Ciclo Vital da Família Reconhecer a família como grupo social	Evolução e conceitos referentes à família Evolução e conceitos referentes à Enfermagem de Saúde Familiar. A Teoria Geral dos Sistemas Propriedades dos Sistemas. A família enquanto sistema. Subsistemas familiares Estrutura e funcionamento familiar Ciclo Vital da Família A família como grupo social	Expositiva/ Interativa	4h

ANEXO VI – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)

Carolina Miguel Graça Henriques – Professora Adjunta, Subdiretora, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria

2012/2013 - Pós Doutoramento em Ciências da Saúde, pela Universidade Fernando Pessoa em parceria com a Unidade de Investigação (Centro de Psicologia) da Universidade do Porto.

2010/2012 - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

2005/2009 - Doutoramento em Novos Contextos de Intervenção Psicológica na Educação, Saúde e Qualidade de Vida pela Universidade da Extremadura.

2006/2008 - Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

2005/2006 - Pós-Graduação em Gestão e Administração de Serviços de Saúde, pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

2003/2005 - Mestrado em Sociopsicologia da Saúde pela Escola Superior de Altos Estudos de Coimbra.

1998/2002 - Licenciatura em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto de Coimbra.

Cargos ou Funções no âmbito da atividade Docente

- Regência de Unidades Curriculares;
- Coordenação de Cursos - Co-Coordenadora e membro da Comissão Científico-Pedagógica do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; elemento da Comissão Científico-Pedagógica dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem;
- Elaboração de Planos de Estudos e Programas de Unidades Curriculares;
- Elaboração de documentos e manuais de apoio à atividade letiva;
- Exercício de mandatos em órgãos colegiais - Conselheiro do *Conselho Pedagógico* da Escola Superior de Saúde de Leiria; Conselheiro do *Conselho Técnico-Científico* da Escola Superior de Saúde de Leiria;
- Acumulação de Funções em Atividades Letivas – Orientação de teses de mestrado e doutoramento;
- Grupos de Trabalho e Projetos;
- Organização e Participação de Atividades, Eventos de Cariz Científico e Formações - membro da comissão científica ou da comissão organizadora de congressos e seminários
- Júri de seriação de candidatos de cursos de formação pós-graduada;
- Relatora por nomeação do Conselho Técnico Científico da avaliação do desempenho dos docentes do Instituto Politécnico de Leiria;
- Conceptualização, desenvolvimento e implementação de projetos de investigação como investigadora principal ou investigadora colaboradora;
- Orientação de teses de mestrado e doutoramento.

Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão – Enfermeira; Mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria.

Formação académica

2003/2004 - Pós Graduação em Higiene Saúde e Segurança no trabalho, pelo Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria.

2002/2003 - Ano complementar de formação em Enfermagem, com atribuição do grau de Licenciatura em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Leiria.

1999/2002 - Bacharelato em Enfermagem, pela Escola Superior de Enfermagem de Leiria.

Experiência profissional

2003/2019 – Enfermeira generalista no Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral

2002/2003 – Enfermeira generalista no Centro Hospitalar do Médio Tejo

Cargos ou Funções no âmbito da atividade profissional

- Enfermeira de Família responsável por 743 famílias.
- Responsável pela vacinação e pela rede de frio.
- Responsável pela gestão do stock de material clínico e farmacêutico.
- Responsável pela elaboração de escalas de serviço.
- Elaboração de procedimentos e manuais de boas práticas.
- Colaboração na elaboração de relatórios de atividades.

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer N.º P570/03-2019

Título do Projecto: A sistémica familiar no cuidado de Enfermagem centrado na família – Impacto de um programa de formação.

Identificação das Proponentes

Nome(s): Carolina Miguel Graça Henriques; Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão

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

Investigador Responsável/Orientador: Carolina Miguel Graça Henriques

Relator: Rogério Manuel Clemente Rodrigues

Parecer

Segundo as proponentes "A Enfermagem de Família, com um corpo de conhecimentos próprio e mudando o paradigma do sujeito para a família... está em evolução, sendo uma área de intervenção e investigação recente." O estudo apresentado, a desenvolver em Unidade de Saúde Familiar (USF) tem como objetivos "Identificar os conhecimentos dos enfermeiros... sobre a família; Conhecer a percepção dos enfermeiros... sobre enfermagem de saúde familiar; Avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família...".

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

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

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

- É apresentada a autorização da instituição onde decorre o estudo;
- Estão definidos os critérios de inclusão;
- É apresentado o programa formativo e garantida a idoneidade dos formadores;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada das participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para os participantes existindo eventual ganho pela frequência da formação disponibilizada.

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

O relator: 

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



APÊNDICE IV

Pedido de autorização para aplicação do estudo ao diretor executivo do Agrupamento de Centros de Saúde da USF selecionada e autorização do mesmo

De: taniafjordao@sapo.pt [mailto:taniafjordao@sapo.pt]

Enviada: 26 de abril de 2019 08:43

Para: [REDACTED]@arscentro.min-saude.pt>

Cc: [REDACTED]@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: Pedido de Autorização

Ex.mo Sr. Diretor Executivo do

ACES [REDACTED]

Dr. [REDACTED]

Tânia Fernanda Mesquita da Silva Jordão, aluna do mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, estando a desenvolver o estudo de investigação no âmbito da dissertação de mestrado subordinado ao tema " A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família - Impacto de um Programa de Formação", sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques, vem solicitar a Vossa autorização para proceder ao estudo na Unidade de Saúde Familiar [REDACTED]. Junto envio projeto de investigação, autorização do Coordenador da USF [REDACTED] e parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Sem mais,

Pede deferimento

Tânia Jordão

De: [REDACTED]
Enviada: 29 de abril de 2019 15:40
Para: [REDACTED] >
Cc: [REDACTED] <[\[REDACTED\]@arscentro.min-saude.pt](mailto:[REDACTED]@arscentro.min-saude.pt)>; [REDACTED] <[\[REDACTED\]@arscentro.min-saude.pt](mailto:[REDACTED]@arscentro.min-saude.pt)>; [REDACTED] <[\[REDACTED\]@arscentro.min-saude.pt](mailto:[REDACTED]@arscentro.min-saude.pt)>
Assunto: Re: Pedido de Autorização

Exmos. Srs.

Em resposta ao solicitado informo que: uma vez que o estudo proposto já tem um parecer de uma comissão de ética e é feito com enfermeiros e não com utentes, da minha parte e na qualidade de Presidente da Direção de Enfermagem do ACES [REDACTED], concordo que o mesmo seja realizado desde que sejam cumpridos todos os pressupostos enunciados.

[REDACTED]
Presidente da Direção de Enfermagem do ACES [REDACTED]

Data: Thu, 9 May 2019 11:40:26 +0000

De: [REDACTED] <@arscentro.min-saude.pt>

Assunto: FW: Pedido de Autorização

Para: taniafjordao@sapo.pt

Cc: [REDACTED] <@arscentro.min-saude.pt>, Conselho Clínico e de Saúde ACES

[REDACTED] <@arscentro.min-saude.pt>

Bom dia

Dada a concordância de todos, sou a autorizar .

Cumprimentos

[REDACTED]
Médico

Director Executivo ACES [REDACTED]

APÊNDICE V

Folha de informação sobre o estudo

A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação

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

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

Identificação dos Investigadores: Professora Doutora Carolina Henriques, Mestranda Tânia Jordão

Título do estudo: A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação

Enquadramento: O presente estudo surge no âmbito da dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação da Professora Doutora Carolina Henriques. O estudo, quase-experimental, com desenho do tipo pré e pós teste sem grupo de controlo, de carácter quantitativo e longitudinal, desenvolve-se com um grupo de enfermeiros e compõe-se em três fases. A primeira fase consta da avaliação inicial, com a qual se pretendem conhecer os dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros, as suas perceções acerca de família e enfermagem de saúde familiar e os seus conhecimentos sobre sistémica familiar. A segunda fase compõe-se de um programa de formação subordinado aos temas **Família e Enfermagem de Saúde Familiar** e **Abordagem sistémica no Cuidado à Família**. A terceira fase diz respeito ao segundo momento de recolha de dados, após o programa de formação.

Os estudos existentes, ainda poucos, indiciam que a abordagem sistémica da família não é prática habitual no cuidado à família, daí surge a necessidade nas investigadoras de procurar perceber qual o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal.

A Enfermagem de Saúde Familiar, com um corpo de conhecimentos próprio e mudando o paradigma do sujeito para a família, tem particular atenção nas últimas décadas e está em

evolução, sendo uma área de intervenção e investigação recente. Em 2017 a Ordem dos Enfermeiros cria a Área de Especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar sob a alçada do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária e emite o Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista na Área de Saúde Familiar.

Explicação do estudo: Este estudo tem como objetivos: Conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal; Identificar os conhecimentos dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, face à sistémica familiar no cuidado de enfermagem; Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre a família; Conhecer a perceção dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal sobre enfermagem de saúde familiar; Avaliar o impacto de um programa de formação centrado nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal.

A hipótese de investigação delineada é: Existem diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos sobre sistémica familiar no cuidado à família, dos enfermeiros que integram uma Unidade de Saúde Familiar da Região Centro de Portugal, antes e após a implementação de um Programa de Formação.

A recolha dos dados será feita através de um questionário auto administrado aplicado antes e após o programa de formação.

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

Os dados são anónimos e confidenciais, pelo que todos os dados serão anonimizados e ficarão armazenados na Escola Superior de Saúde de Leiria, do Politécnico de Leiria.

O tratamento estatístico de dados será feito utilizando o programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

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

Os investigadores encontram-se disponíveis para qualquer esclarecimento de dúvidas. Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se algo lhe parecer incorreto ou dúbio não hesite em solicitar mais informações (taniafjordao@sapo.pt).

P'los Investigadores:

APÊNDICE VI

Consentimento informado

Consentimento do Participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “**A Sistémica Familiar no Cuidado de Enfermagem Centrado na Família – Impacto de um Programa de Formação**”. Assim, aceito participar no estudo e permito a utilização dos dados, que faculto voluntariamente, para fins científicos e publicações decorrentes e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data ____/____/____

APÊNDICE VII

Programa de formação

Programa de Formação

Sessão	Temática	Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Duração
1	Família e Enfermagem de Saúde Familiar Abordagem Sistémica no Cuidado à Família	Reconhecer a evolução e conceitos referentes à família e à Enfermagem de Saúde Familiar Conhecer os princípios da Teoria Geral dos Sistemas e as propriedades dos sistemas. Definir a família enquanto sistema, identificar subsistemas familiares, estrutura e funcionamento familiar, Ciclo Vital da Família Reconhecer a família como grupo social	Evolução e conceitos referentes à família Evolução e conceitos referentes à Enfermagem de Saúde Familiar. A Teoria Geral dos Sistemas Propriedades dos Sistemas. A família enquanto sistema. Subsistemas familiares Estrutura e funcionamento familiar Ciclo Vital da Família A família como grupo social	Expositiva/ Interativa	4h

