

AVALIAÇÃO FAMILIAR: DO MODELO CALGARY DE AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA AOS FOCOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM¹

Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo*
Maria Manuela Ferreira da Silva Martins**

RESUMO

A enfermagem de família constitui-se como uma área específica no contexto geral da enfermagem que dá ênfase às interações dos elementos da família, numa perspectiva sistémica dos cuidados. A intervenção de enfermagem requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados para a coleta de dados e para o planeamento das intervenções. Nesta perspectiva, o Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) permite compreender a família na sua multidimensionalidade. O estudo teve como objectivo identificar as áreas de atenção de enfermagem no âmbito da saúde familiar. Utilizando a metodologia de investigação-ação, a amostra foi constituída pelos enfermeiros de um centro de saúde da Zona Norte de Portugal, utilizando-se a técnica de debates em grupos. Dos resultados emergiu a reconstrução do Modelo de Cuidados através da articulação dos focos da prática descritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem com os conceitos do MCAF. Neste modelo, em conjunto foram especificadas categorias avaliativas que permitiram definir as áreas de atenção no contexto da Enfermagem de Família. Os dados nos permitem inferir que os aspectos que influenciam os estados de saúde que determinam os cuidados de enfermagem referem o conhecimento de enfermagem.

Palavras-chave: Família. Enfermagem Familiar. Modelos de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A família como unidade caracteriza-se essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Neste sentido, o pensamento sistémico constitui-se como um paradigma na concepção dos cuidados à família, permitindo a compreensão multidimensional da sua complexidade, instabilidade, globalidade, contextualidade, organização, diversidade e outros aspectos inerentes ao sistema familiar^(1,2). A compreensão da família a partir deste paradigma permite-nos conceituá-la num contexto de diversidade que ultrapassa a visão de família nuclear, acompanhando a evolução do conceito de família “modificado e reconstruído a par da evolução dos contextos e estruturas sociais”^(3:11).

Apesar dos processos de transformação da estrutura e da organização familiar, a família mantém-se como unidade emocional e afectiva, caracterizando-se essencialmente pelas suas dimensões psicológica e social, relacionadas também com a aprendizagem de

comportamentos de saúde. As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa. Em algumas situações de crise, nomeadamente em crise accidental que implique internamento de um dos membros, pode este potencial ficar bloqueado e a família manifestar dificuldades em se reorganizar. Emerge também daí a importância do trabalho dos enfermeiros tomando-se como foco os cuidados à família⁽⁴⁾.

Reportando-nos ao modelo sistémico como paradigma de abordagem da família, a saúde é considerada na perspectiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação num *continuum* entre estabilidade e mudança que permite transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida^(5,6).

A enfermagem de família constitui-se assim como uma área específica no contexto geral da

¹O estudo integra-se no desenvolvimento da tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem “Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar”, que tem como finalidade contribuir para a definição do corpo de conhecimentos de enfermagem, na área de enfermagem de família.

*Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: henriqueta@esenf.pt

**Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: mmartins@esenf.pt

enfermagem, desenvolvida a partir das teorias da terapia familiar, teorias das ciências sociais da família e de modelos de enfermagem⁽⁷⁾, dando ênfase às interações dos elementos da família, numa perspectiva sistêmica dos cuidados. Com a finalidade de promover a autonomia do sistema familiar, a intervenção de enfermagem deve basear-se na parceria com a família visando capacitá-la a nível de competências e independência⁽³⁾.

Ao acompanharmos o desenvolvimento das famílias no processo de assistência comunitária ficamos convictas de que o enfermeiro tem um papel privilegiado nos cuidados de saúde às famílias, sendo emergente que a prática de cuidados se baseie nos pressupostos da enfermagem de família.

Em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários constituem-se como a base do sistema de saúde visando à intervenção de rede e à implementação de equipas multidisciplinares, com orientações específicas no sentido de que a abordagem dos cuidados deverá ser centrada na família e no ciclo de vida⁽⁸⁾. Com o enquadramento legislativo actual dos Cuidados de Saúde Primários estamos perante um modelo direccionado para os Cuidados de Proximidade efectivados pelas Unidades de Saúde Familiar⁽⁹⁾. A nível internacional, nomeadamente no âmbito do quadro conceptual de uma política de saúde para todos, aprovado pelo Comité Regional da Organização Mundial de Saúde para a Europa em 1998, foram definidas metas no sentido de permitir a cada Estado-membro implementar estratégias de acordo com a Saúde 21⁽¹⁰⁾. Foram colocados novos desafios à enfermagem tendo-se em vista o desenvolvimento da enfermagem de família, considerada como uma mais-valia na melhoria da saúde, pela sua contribuição à promoção da saúde familiar e colectiva.

Poderíamos considerar estarem reunidas as condições para implementar a enfermagem de família, contudo a família ainda é vista de forma fragmentada, uma unidade divisível em partes, em que os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo, sem considerar o seu contexto familiar^(2,11).

Julgamos existirem muitos factores que contribuem para que os cuidados de enfermagem continuem centrados no indivíduo e não na família, desde a metodologia de organização dos

cuidados de enfermagem e os recursos humanos e materiais até à formação escassa dos profissionais na área de enfermagem de família, assim como a investigação ainda escassa nesta área. Daí a importância da discussão em torno do progresso na investigação em enfermagem de família, assim como do seu impacto na incorporação de novos modelos de práticas⁽¹²⁾.

A intervenção de enfermagem na família requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados orientados tanto para a coleta de dados como para o planeamento das intervenções. Os modelos conceptuais estabelecem um quadro de referência e um modo coerente de pensar sobre os fenómenos de enfermagem⁽¹¹⁾, considerando fenómeno como um aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem⁽¹³⁾.

Nesta perspectiva, o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF)⁽⁷⁾ permite-nos avaliar a organização familiar considerando o subsistema individual, o subsistema familiar e o suprassistema. Baseado numa perspectiva multidimensional da família, esse modelo integra as dimensões estrutural, desenvolvimental e funcional, cada uma delas dividida em categorias e subcategorias. No contexto dos Cuidados de Saúde Primários, a adoção deste modelo é indiciada como benéfica à promoção da interação com as famílias e ao melhor planeamento dos cuidados⁽¹⁴⁾.

O estudo teve como objetivo identificar as áreas de atenção de enfermagem no âmbito da saúde familiar, através da reconstrução do Modelo de Cuidados de Enfermagem à Família tendo como paradigma a abordagem sistêmica da família e como fundamentos o MCAF⁽⁷⁾.

METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa, alicerçado na construção conjunta de novas realidades desenvolvidas nos contextos de interação⁽¹⁵⁾. Utilizou-se a metodologia de investigação-ação, com vista à implementação de novas práticas nos cuidados à família através de um conhecimento prático e do desenvolvimento da teoria⁽¹⁶⁾.

A população deste estudo foi constituída por 22 enfermeiros de família de um Centro de Saúde do distrito do Porto, no Norte de Portugal, tendo sido obtida a concordância de todos em

participarem no estudo. Este foi desenvolvido no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2008.

O projeto da investigação foi enviado à Comissão Ética da Instituição onde esta se realizou, tendo sido analisado e aprovado (Ofício N.º 4126/2006). Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa.

Para a reconstrução do modelo de cuidados à família e definição das áreas de atenção de enfermagem utilizou-se a técnica de debates em grupos, em que a estimulação do debate e a dinâmica que nele se geram são utilizadas como fontes essenciais do conhecimento⁽¹⁷⁾. Tal técnica foi direccionada à análise dos processos de resolução de problemas comuns a um grupo, pretendendo-se, com os debates, a criação de um contexto favorável à mudança coevolutiva.

Os enfermeiros foram divididos em três subgrupos. Foram realizados debates semanais dos subgrupos, além de debates mensais do grupo geral e ainda discussões temáticas por pequenos grupos. Semanalmente foram entregues aos elementos de cada grupo os documentos que iam emergindo dos debates, com o objetivo de promover uma reflexão mais aprofundada sobre eles e, assim, enriquecer a discussão, que se pretendeu participativa e integradora.

Ao longo do processo de mudança realizaram-se notas de campo, que nos permitiram a avaliação e monitoramento do processo em curso.

Com a consciência da necessidade de envolver todos os enfermeiros nas tomadas de decisão, procurou-se mobilizar o conhecimento prático dos intervenientes, como recurso para a mudança. As opiniões e propostas, ao serem expressas num contexto grupal, transformaram-se em objeto de discussão, num contexto de diversidade, salientado pela multiplicidade de crenças e significados atribuídos ao próprio processo de mudança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer dos debates, após a definição das áreas de atenção relevantes em enfermagem de família, foram consensualizadas as respectivas dimensões, visando à melhor compreensão dos fenómenos relevantes para a prática dos

cuidados. Designamos como dimensões outros focos da prática de enfermagem, que, de acordo com as discussões que emergiram nos debates de grupo, foram considerados como componentes do foco central.

Para o enunciado descritivo das referidas dimensões utilizaram-se termos semânticos do eixo referente aos focos da prática de enfermagem⁽¹³⁾, que se referem às áreas de atenção relevantes para a enfermagem, com o objetivo de promover a utilização de uma linguagem comum no âmbito da enfermagem de família.

Cimentado na compreensão da complexidade da família e na necessidade da ampliação do foco de observação do indivíduo para a família, o modelo coconstruído agrega as áreas de atenção pelo domínio estrutural, de desenvolvimento e funcional da família.

Domínio estrutural

A avaliação estrutural, de acordo com o MCAF⁽⁷⁾, refere-se aos aspectos estruturais da família, integrando três categorias: interna, externa e contexto. Cada uma delas é composta de subcategorias, as quais integram conceitos complexos que exigiram a discussão aprofundada, numa perspectiva de conhecimento transdisciplinar.

Neste domínio de avaliação familiar emergiram do modelo coconstruído as seguintes áreas de atenção: rendimento familiar; edifício residencial; precaução de segurança e abastecimento de água.

O conhecimento da família sobre a gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares surge como uma dimensão da área de atenção *rendimentos familiares*, considerando-se o foco *conhecimento* como “um tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências apreendidas; domínio e reconhecimento de informação”^(13:46).

Para a avaliação do edifício residencial, definido como “um tipo de Edifício com as características específicas: estrutura designada e construída para habitação, residência ou lar humano, proporcionando ao ser humano abrigo, proteção e espaço”^(13:71), foram definidos dados relativos à higiene da habitação e do governo da

casa, permitindo no seu conjunto a avaliação desta área de atenção, através das seguintes dimensões: conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro; conhecimento sobre governo da casa; conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional.

Ainda na avaliação do edifício residencial foram incluídos os seguintes dados: existência de barreiras arquitetônicas; aquecimento e tipo de aquecimento; abastecimento de gás e tipo de abastecimento. Na continuidade dos debates de grupo relativos à discussão da dimensão estrutural de contexto, os dados referidos foram considerados como caracterizadores da área de atenção *precaução de segurança*, com as seguintes dimensões: conhecimento sobre utilização de equipamento para aquecimento; conhecimento sobre utilização de equipamento de gás; conhecimento sobre manutenção de equipamento elétrico; conhecimento sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitetônicas.

O abastecimento de água é “um tipo de abastecimento básico com as características específicas: disponibilidade e acessibilidade de água potável, necessária para sustentar a vida das pessoas”^(13:72), constituindo-se como um fator essencial na saúde dos indivíduos e famílias. Esta área de atenção toma maior relevo quando é utilizada água de rede privada para consumo humano, e por esse pressuposto foram definidas as seguintes dimensões: conhecimento sobre controle da qualidade da água; e conhecimento sobre estratégias de manutenção da qualidade da água.

Ainda no âmbito da dimensão estrutural, integramos dados avaliativos que permitem a compreensão da família enquanto unidade sistêmica e possibilitam uma análise integrativa centrada numa abordagem colaborativa: composição da família, tipo de família, interação social e classe social.

Domínio de desenvolvimento

Relativamente à *avaliação do desenvolvimento*, de acordo com o MCAF, esta integra a avaliação do ciclo vital da família que se refere “à trajetória típica que a maioria das famílias percorre”^(7:95). Nesta perspectiva também Relvas⁽⁶⁾ define o ciclo vital como a sequência de alterações na organização familiar,

considerando várias etapas ao longo deste ciclo com tarefas específicas para cada uma delas. Esta transformação implica mudanças a nível do funcionamento da família, da sua estrutura e dos seus processos de interação.

Adotamos as etapas do ciclo vital definidas por Relvas⁽⁶⁾: Formação do casal; Família com filhos pequenos; Família com filhos na escola; Família com filhos adolescentes e família com filhos adultos.

Considerando que as tarefas características de cada etapa não terminam logo que se inicia a seguinte, centrando-se essencialmente na evolução temporal das interações numa perspectiva de continuidade, definimos áreas de atenção transversais a todas as etapas: satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental.

Os processos de conjugalidade transformam-se ao longo da vida do casal, associados na maioria das vezes à forma como este se adapta e gere as pressões internas e externas dos outros subsistemas⁽⁶⁾. Neste contexto de coconstrução de um espaço relacional íntimo, a satisfação aumenta com o estabelecimento de padrão comunicacional eficaz que promove a inteligência emocional do casal, traduzida pela empatia, compreensão e diálogo⁽¹⁸⁾.

Para a área de atenção Satisfação conjugal, “um tipo de Processo Familiar com as características específicas: continuidade na realização dos desejos, emoções gratificantes ou ratificação entre os parceiros de um casamento ou casais de uma família”^(13:65) foram definidas as seguintes dimensões: Relação; Comunicação do casal; Interação sexual e Função sexual.

O conceito de Planeamento Familiar, habitualmente associado ao Programa de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar, foi discutido tendo-se por base a sua definição como área de atenção de enfermagem, “processo comportamental de regular o número e espaçamento das crianças numa família, tendo em conta os costumes e a lei, o número de crianças e adultos ideal ou aceitável na família ou a valorização de um sexo em relação ao outro”^(13:65). A partir da discussão desta definição emergiram as dimensões: uso de contraceptivo; conhecimento sobre vigilância pré-concepcional; conhecimento sobre reprodução; fertilidade.

Na gravidez há a necessidade de adaptação às

mudanças físicas e o casal terá que se ajustar ao desafio de redefinir os seus papéis na estrutura familiar, abrindo progressivamente espaço para o filho^(5,6). Sendo a adaptação à gravidez caracterizada pela interiorização de expectativas ante os comportamentos parentais esperados⁽¹³⁾, integraram-se três dimensões de avaliação: conhecimento do casal; comunicação; comportamentos de adesão.

O nascimento do primeiro filho implica, para o casal, que a função conjugal se mova para a função parental, que haja abertura dos limites do sistema familiar, além de que os novos pais vão ter que estabelecer fronteiras claras com os seus próprios pais e compatibilizar as quatro parentalidades^(5,6). Os pais procuram promover a aquisição, por parte dos filhos, de valores familiares considerados neste contexto da parentalidade como metas educativas associadas essencialmente à socialização, nos âmbitos da sociabilidade, autogestão, evitamento de riscos e conformidade⁽¹⁹⁾, tornando-se por isso tão importante perspectivar a circularidade interacional no desempenho do papel parental.

Para a área de atenção Papel Parental, descrita como

um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento ótimo da criança dependente^(13:63),

o modelo coconstruído integra as dimensões: conhecimento do papel; comportamentos de adesão; adaptação da família; consenso do papel; conflito do papel; saturação do papel.

De acordo com Hanson⁽¹¹⁾, a tensão no desempenho do papel pode ser atribuída aos fatores incapacidade de definir a situação, falta de conhecimento do papel, falta de consenso do papel, conflito de papel e saturação do papel. O consenso relaciona-se com a aceitação dos membros da família quanto às expectativas associadas ao papel. Quando as expectativas ligadas ao desempenho dos papéis ou de um papel são incompatíveis, muitas vezes pela sobrecarga de papéis familiares, o conflito de

papéis pode originar tensão no seu exercício. Quando o membro da família ou os membros que desempenham o papel não têm recursos de tempo ou energia para desempenhar eficazmente as tarefas a ele inerentes, surge a saturação do papel, que deverá implicar a reestruturação familiar no sentido da otimização do papel.

Estes fatores de tensão do papel são transversais ao exercício de todos os papéis familiares.

Domínio funcional

A Avaliação Funcional refere-se “aos detalhes sobre como os indivíduos realmente se comportam uns com os outros”^(7:124), integrando duas dimensões elementares do funcionamento da família: a instrumental e a expressiva.

A dimensão instrumental do funcionamento familiar está associada às atividades quotidianas da família, assumindo esta maior relevância quando um dos membros se encontra doente, pela necessidade de reorganização e redefinição dos papéis habituais. As dificuldades da família na prestação de cuidados relacionam-se sobretudo com a falta de conhecimento, de recursos e de suporte social. Muitas vezes, mesmo detentora de conhecimento e de capacidades que lhe permitiriam prestar os cuidados necessários, a família demonstra dificuldades em efetivá-los, por razões tão diversas como a insuficiência de recursos internos e o desconhecimento de recursos externos que poderiam ser mobilizados.

O papel de prestador de cuidados foi discutido com base na definição descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem:

um tipo de interação de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família^(13:63).

Seguindo a mesma metodologia utilizada para a definição das dimensões relativas ao papel parental, o papel de prestador de cuidados, enquanto área de atenção relevante em

enfermagem de família, engloba as seguintes dimensões avaliativas: conhecimento do papel; comportamentos de adesão; consenso do papel; conflito do papel e saturação do papel.

O conhecimento do papel refere-se à aprendizagem cognitiva e prática que permite ao(s) membro(s) da família prestadores de cuidados desenvolver eficazmente as tarefas direcionadas ao membro com dependência no autocuidado, enquanto os comportamentos de adesão aludem ao desenvolvimento efetivo das tarefas de prestação de cuidados.

Para as dimensões do consenso, conflito e saturação do papel foram definidos critérios específicos de avaliação que permitem qualificá-las. Por exemplo, para a dimensão de consenso definiram-se os seguintes indicadores: os membros da família estarem de acordo com as expectativas ligadas ao papel; negociação sobre as tarefas do exercício do papel; negociação sobre a atribuição das tarefas para o exercício do papel.

Por último, discutimos os conceitos associados à dimensão funcional expressiva da família, sendo os padrões de interação o principal foco de avaliação. Nesta dimensão, o alvo da avaliação centra-se essencialmente na interação entre todos os membros da família. Nela, a família é vista “como um sistema de membros que interagem”^(7:126).

Tendo como base de discussão os conceitos apresentados e articulando com a definição de Processo Familiar, descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como “um fenómeno de enfermagem da família com as características específicas: interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família”^(13:65), definimos as dimensões para esta área de atenção representadas no quadro seguinte (Quadro 1).

Áreas de atenção	Dimensões
Processo familiar	Comunicação familiar Coping familiar Interação de papéis familiares Relação dinâmica

Quadro 1. Dimensões avaliativas da área de atenção Processo Familiar: Modelo Coconstruído.

Na dimensão comunicação familiar integramos dados relativos às categorias do

MCAF⁽⁷⁾ no âmbito da comunicação: comunicação emocional, comunicação verbal, comunicação não verbal e comunicação circular.

Os dados relativos à categoria Solução de Problemas⁽⁷⁾ foram integrados numa dimensão designado por *Coping* Familiar, a partir do seguinte conceito de *coping*:

Um tipo de adaptação com as características específicas: disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra as ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico^(13:50).

No debate sobre os papéis familiares, considerando outros autores^(11,13), o grupo definiu os seguintes papéis como de maior relevância no contexto interacional da família: papel de provedor; papel de gestão financeira; papel de cuidado doméstico; papel recreativo; papel de parente; papel parental e papel de prestador de cuidados. Pela natureza do exercício do papel parental e do papel de prestador de cuidados, foi dada ênfase, no primeiro, à sua componente desenvolvimental, e no segundo, à componente instrumental.

O padrão de interação também se expressa na organização dos papéis familiares e na interação entre eles, de acordo com “um conjunto explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperados pelos outros”^(13:63). Integramos na dimensão Interação de Papéis Familiares a avaliação do consenso, conflito e saturação dos papéis, após a identificação do(s) membro(s) da família que desempenham cada um deles.

Os aspectos relacionados com a influência e poder, assim como as alianças e uniões, constituíram-se como indicadores da dimensão Relação dinâmica, associada à liberdade de expressar emoções, afeição aberta entre as pessoas e flexibilidade. Emergiram outros indicadores para avaliação desta dimensão, como a coesão e adaptabilidade da família e a percepção sobre a funcionalidade familiar.

As crenças referem-se a valores integrados pelas famílias que influenciam a tomada de decisão relativamente à solução de problemas e

aos comportamentos de saúde^(7,13). A partir deste conceito evidenciou-se a importância de conhecer as crenças da família para definir estratégias de avaliação e intervenção adequadas, contudo não nos pareceu que esta fosse uma área de atenção que permitisse a formulação de um diagnóstico de enfermagem.

CONCLUSÕES

Os resultados que emergiram dos debates de grupo despontaram da articulação dos focos da prática de enfermagem descritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem⁽¹³⁾ com os conceitos e dimensões do Modelo Calgary de Avaliação da Família⁽⁷⁾, tendo como base o paradigma sistêmico. Foram especificados os dados a avaliar em cada uma das dimensões do modelo coconstruído e, conseqüentemente, definidas as áreas de atenção no contexto da Enfermagem de Família.

Julgamos que a definição das áreas de atenção permitirá a implementação de estratégias condizentes à produção de resultados. Pensamos ser uma primeira etapa na definição do corpo de conhecimentos específicos na área de

enfermagem de família, sendo que os aspectos que influenciam os estados de saúde que determinam os cuidados de enfermagem referem o conhecimento de enfermagem.

Os modelos são descritores e orientadores da prática, no entanto a sua operacionalização não deve ser rígida, permitindo antes a flexibilização e a adaptação aos vários níveis de atuação e às especificidades dos contextos. Desta forma, a coconstrução deste modelo de cuidados de enfermagem de família teve como premissa o estabelecimento de uma relação de ajuda mediada pelo fortalecimento coevolutivo do sistema terapêutico⁽²⁰⁾, nomeadamente enfermeiro e família. Centra-se numa abordagem colaborativa, de concretização de mudança em face dos objetivos negociados e perspectivados para a maximização do potencial de saúde familiar. Os enunciados descritos relativos às áreas de atenção e respectivas dimensões assumem-se como estrutura conceptual que permite ajustar as intervenções às necessidades da família, considerando a complexidade dos processos familiares inerente ao seu desenvolvimento, estrutura e modo de funcionamento.

FAMILY ASSESSMENT: FROM CALGARY FAMILY ASSESSMENT MODEL TO THE FOCUS OF NURSING PRACTICE

ABSTRACT

Family nursing is a specific area in the general context of nursing, emphasizing the interactions of the elements of the family, in a systemic perspective of care. Nursing intervention requires the use of models enabling the design of care geared to the collection of data and the planning of interventions. Therefore the Calgary Family Assessment Model (CFAM) is useful to understand the family in its multidimensionality. The study aimed to identify areas of nursing care in the family health context. Using the methodology of action research, the sample was formed by nurses of a Health Centre in Northern Portugal, using the technique of group discussion. From the results emerged a reconstruction of the Care Model through the combination of the focus of the practice described in the International Classification for Nursing Practice with the concepts of CFAM. In this model co-built evaluative categories have been specified to define the areas of attention in the context of Family Nursing. We believe to be a first step in the definition of the knowledge in this specific area, as the aspects that influence health states, which determine the health nursing care, concern the knowledge of nursing.

Key words: Family. Family Nursing. Models Nursing.

EVALUACIÓN DE LA FAMILIA: DEL MODELO DE CALGARY DE EVALUACIÓN DE LA FAMILIA A LOS FOCOS DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

RESUMEN

La enfermería de familia se constituye como un área específica en el contexto general de la enfermería que pone énfasis a las interacciones de los elementos de la familia, en una perspectiva sistémica de los cuidados. La intervención de enfermería requiere la utilización de modelos que permitan la concepción de cuidados orientados para la recogida de datos y para la planificación de las intervenciones. En esta perspectiva, el Modelo de Calgary de Evaluación de la Familia (MCEF) permite comprender la familia en su multidimensionalidad. El estudio tuvo como objetivo identificar las áreas de atención de enfermería en el ámbito de la salud familiar. Utilizando la metodología de investigación acción, la muestra fue constituida por los enfermeros de un centro de salud de la Zona Norte de Portugal, utilizándose la técnica de debates en grupo. De los resultados emergió la reconstrucción del Modelo de Cuidados a través de la articulación de los focos de la práctica descriptos en la Clasificación

Internacional para la Práctica de Enfermería con los conceptos de MCEF. En este modelo en conjunto fueron especificadas categorías evaluativas que permitirán definir las áreas de atención en el contexto de la Enfermería de Familia. Los datos nos permiten inferir que los aspectos que influyen los estados de salud que determinan los cuidados de enfermería refieren el conocimiento de enfermería.

Palabras clave: Familia. Enfermería de la Familia. Modelos de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcellos MJ. Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência. Campinas, SP: Papirus; 2002.
2. Figueiredo MH. Sistema familiar e cuidados de enfermagem. *SERVIR*.2006;54(1):11-4.
3. Silva LW, Figueiredo MH. Cuidar a família: um compartilhar de experiências luso-brasileiras. In: Livro da 9ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem "Investigar para melhor Cuidar"; 2006 nov 23-31; Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2006.
4. Figueiredo MH. Cuidar a família: dos conceitos às representações. *Sinais Vitais*. 2008 Jan.;(76):50-5.
5. Alarcão M. (des) Equilíbrios familiares. Coimbra: Quarteto; 2002.
6. Relvas A. O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. 2ªed. Porto: Edições Afrontamento; 2000.
7. Wright L, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família. 4ªed. São Paulo: Roca; 2008.
8. Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2002-2010. Lisboa: DGS; 2004.
9. Portugal. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa:MCSP; 2006.
10. Organização Mundial de Saúde. Saúde 21: uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS. Loures: Lusociência; 2002.
11. Hanson SM. Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação. 2ªed. Camarate: Lusociência; 2005.
12. Loveland-Cherry CJ. Guest editorial: where is the family in family interventions? *J Fam Nurs*. 2006 Feb.;12(1):4-6.
13. Conselho Internacional de Enfermeiras. Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/CNP: versão beta 2. Lisboa: IGIF, APE; 2002.
14. Moura LS, Kantorski LP, Galera SA. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipa de saúde da família. *Rev Gauch Enferm*. 2006 mar.;27(1):35-44.
15. Morse JM. Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa. Coimbra: Formasau; 2007.
16. Máximo-Esteves L. Visão panorâmica da investigação-accção. Porto: Ed. Porto; 2008.
17. Flick U. Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: Monitor – Projectos e Edições; 2005.
18. Gameiro A. Entre marido e mulher... terapia de casal. Lisboa: Trilhos; 2007.
19. Bem L, Wagner A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconómico. *PsicolEstud*. 2006;11(1):63-71.
20. Roehrs H, Maftum MA, Mazza VA, Borille DC. Entrevista de ajuda: estratégia para o relacionamento interpessoal entre o enfermeiro de família do adolescente do espaço escolar. *Cienc Cuid Saude*. 2007;6(1):110-19.

Endereço para correspondência: Maria Henriqueta de Jesus Silva Figueiredo. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida, CEP: 4200-072 Porto, Portugal.

Data de recebimento: 07/02/2008

Data de aprovação: 10/06/2010