

Margarida Alexandra Nunes Carramanho Gomes Martins Moreira da Silva

Enfermagem de Família:

Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador

Professora Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa

Categoria - Professora Coordenadora com Agregação

Afiliação - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientador

Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Categoria - Professora Coordenadora

Afiliação - Escola Superior de Enfermagem do Porto

AGRADECIMENTOS

Às digníssimas professoras orientadoras desta tese, Professora Doutora Maria Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa e Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, pelo rigor científico das suas orientações, pelo conhecimento transmitido, pela disponibilidade e confiança depositada e pelo apoio manifestado, indispensáveis à concretização desta tese.

A todos os enfermeiros que colaboraram nas diferentes fases deste estudo, que disponibilizaram o seu tempo e partilharam as suas experiências.

À Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pelo apoio concedido.

A todos os colaboradores da biblioteca da ESEnfC, especialmente à Senhora Dona Dulce pela disponibilidade e apoio na revisão das referências bibliográficas.

À Marília, à Teresa e à Cristina pelo incentivo e acompanhamento neste percurso.

À Helena e à Paula pelo incentivo, disponibilidade, rigor e exigência manifestados na validação das unidades temáticas.

À Professora Doutora Maria Madalena Carvalho pelo incentivo, pela amizade e pelo acompanhamento científico na área da sistémica familiar.

À Zé e à Isabel pelo apoio, disponibilidade e ajuda na crítica e revisão do texto.

A todos os colegas e amigos que me transmitiram força, coragem e um apoio incondicional constante.

À minha família, particularmente ao Rui, à Marta, à Joana e à minha mãe, pelo tempo que os privei da minha companhia e por tudo o que me facilitaram e incentivaram a construir.

DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS DA ATIVIDADE DE INVESTIGAÇÃO

COMUNICAÇÕES ORAIS

- Silva, M. (15/5/2015). A Família na perspetiva do Enfermeiro. Congresso REATIVA: Reforma ATIVA. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal.
- Silva, M.; Jorge, S.; Reis, A.; Gomes, C.; Bonifácio, C.; Catarino, G. (14/5/2015). O papel do enfermeiro de família na perspetiva de utentes de uma USF do ACES Baixo Mondego. 1º Congresso Internacional de Saúde Familiar & Comunitária. VII Encontro do Dia Internacional da Família. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal.
- Silva, M.; Loureiro, H.; Cruzeiro, C.; Veríssimo, C; Rifá, R.; Monforte, M. (14/5/2015). Identificação e prioridades estabelecidas pelos estudantes nos diagnósticos em enfermagem de família. 1º Congresso Internacional de Saúde Familiar & Comunitária. VII Encontro do Dia Internacional da Família. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (22/7/2014). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP): olhares dos enfermeiros face à organização dos cuidados, nas equipas de saúde familiar. IV Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Coimbra. Portugal.
- Silva, M. (8/4/2014). La familia en la Atención Primaria de Salud en Portugal. Projecto Erasmus Teaching Mobility. Conferencia no Centro de Atención Primaria Roger de Flor. Barcelona. Espanha.
- Silva, M. (9/4/2014). La familia en la Atención Primaria de Salud en Portugal. Projecto Erasmus Teaching Mobility. Conferencia no Centro de Atención Primaria Dr. Luis Sayé. Barcelona. Espanha.
- Silva, M. (10/4/2014). La familia en la Atención Primaria de Salud en Portugal. Projecto Erasmus Teaching Mobility. Conferencia na Universitat Pompeu Fabra - Escola Superior d'Infermeria del Mar. Barcelona. Espanha.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (25/10/2012). Las actitudes de los enfermeros frente a la familia, en el contexto actual de la Atención Primaria de Salud en Portugal. VIII Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria. Sociedad Española de Atención Sociosanitaria. Ibiza. Espanha.
- Neves, M.; Tanqueiro, T.; Veríssimo, C.; Silva, M. (10/05/2012). O 'Estudo de uma família' como estratégia de aprendizagem em Enfermagem de Família. IV Simpósio Internacional Enfermagem de Família: "Transferibilidade do conhecimento". Organização: Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Porto. Portugal.

- Neves, M.; Tanqueiro, T.; Veríssimo, C.; Silva, M. (13/04/2012) - Equipa: uma análise do conceito no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Jornadas de Enfermagem Comunitária 2012. Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Porto. Portugal.
- Silva, M. (17/05/2012). Lo enfermero de la familia en la atención primaria de salud en Portugal. Projeto Erasmus Teaching Mobility. Universidad Ramon Llull. Barcelona. Espanha.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (22/09/2011). Enfermagem de família: atitudes e formação. XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem. Associação Latinoamericana de Escolas e Faculdades de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem. Coimbra. Portugal.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (15/06/2011). Enfermagem de Família em Portugal. Projeto Erasmus Teaching Mobility. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. Espanha.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (13/05/2011). Atitudes e Formação em Enfermagem de Família. III Encontro do Dia Internacional da Família. UCPEPFC-Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal.

COMUNICAÇÕES EM POSTER

- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (21/5/2015). El método de lo enfermero de la familia como promotor de la calidad de los cuidados en atención primaria. II Congreso Internacional Iberoamericano de Enfermería. Madrid. Espanha.
- Tanqueiro, T.; Neves, M.; Silva, M.; Loureiro, H.; Vaquinhas, M. (14/5/2015). 1º Congresso Internacional de Saúde Familiar & Comunitária. VII Encontro do Dia Internacional da Família. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Portugal.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (12 a 15/6/2012). Atitudes dos enfermeiros de Cuidados Saúde Primários em relação à família. III Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Coimbra. Portugal.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (16 a 18/05/2012). Actitudes de las enfermeras en el cuidado de la familia en el ciclo de vida. II Congreso Internacional e VIII Congreso Nacional de la Asociación de Enfermería Comunitaria. Barcelona. Espanha.
- Silva, M.; Veríssimo, C.; Simões, M.; Loureiro, H. (21/09/2011). O enfermeiro de família na perspectiva do estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem. XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem. Associação Latinoamericana de Escolas e Faculdades de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem. Coimbra. Portugal.

PUBLICAÇÕES EM LIVROS DE ATAS CIENTÍFICAS E RESUMOS

- Neves, M.; Tanqueiro, T.; Silva, M.; Veríssimo, C. (2012). 'Estudo de uma família' como estratégia de Aprendizagem em Enfermagem de Família. In CARVALHO, J.C. *et al.* - *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP, 2012. ISBN 978-989-96103-6-1. pp. 159-164.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (06/2012). Atitudes dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários em relação à família. III Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa. Coimbra. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série - Suplemento, ISSN: 0874.0283; p. 22.
- Silva, M.; Veríssimo, C.; Simões, M.; Loureiro, H. (2011). O enfermeiro de família na perspectiva do estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* III Série: Suplemento Atas e Comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem, Vol. 1- Poster, P. 168. ISSN: 0874.0283.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, M. (22/09/2011). Enfermagem de família: atitudes e formação. XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem. Associação Latinamericana de Escolas e Faculdades de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* III Série, Nº 4 - Vol. 2. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde- Enfermagem. (p. 153)

PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

- Silva, M. & Loureiro, H.(2015). Las actitudes de los enfermeros de atención primaria en el ciclo de envejecimiento de las familias. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. Vol. 5, Nº 1. ISSN: 2174-8144: In press.
- Silva, M.; Costa, M.; Martins, Maria M. (2013). A Família em Cuidados de Saúde Primários: Caracterização das Atitudes dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência* IIIª Série. UICISA:E/ESENF: Edição Nº 11. P. 19-28. ISSN 0874-0283.
- Neves, M.; Tanqueiro, T.; Veríssimo, C.; Silva, M.(2013). O conceito de Equipa no contexto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: implicações para a enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem* - RIE, 2 (2) 65-70.

RESUMO

A importância dos Cuidados de Saúde Primários e da saúde familiar é hoje inquestionável, espelhando-se nas políticas de saúde nacionais e internacionais. Em Portugal, a atual reforma de reestruturação dos centros de saúde em unidades funcionais de saúde conduziu à criação da figura do enfermeiro de família integrado nas equipas multiprofissionais de saúde.

Esta investigação tem como objetivos gerais: caracterizar as atitudes dos enfermeiros em relação à família e analisar o processo de produção de cuidados às famílias pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, de uma Administração Regional de Saúde.

De acordo com os objetivos, o percurso investigativo foi realizado em duas fases. A primeira fase foi concretizada através de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional com uma amostra de 871 enfermeiros que responderam a um questionário sociodemográfico e profissional e à escala “*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)*” (Oliveira *et al.*, 2009; Oliveira *et al.*, 2011). Os resultados obtidos mostraram que os enfermeiros possuem atitudes de suporte face à família nos cuidados e que estas atitudes se relacionam com o Agrupamento de Centros de Saúde/Unidade Local de Saúde onde trabalham, com o método de organização de cuidados que utilizam, com as habilitações académicas e profissionais, com a formação em enfermagem de família e com o tempo de experiência profissional que possuem. Com estes resultados identificaram-se dois Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Local de Saúde onde, num deles as atitudes de suporte dos enfermeiros apresentavam valores mais elevados e, no outro, apresentavam valores mais baixos que funcionaram como casos típicos na segunda fase do estudo e que constituíram também base de discussão e comparação dos resultados finais.

Através da metodologia de análise qualitativa e orientada por estudo de casos múltiplos, realizou-se a segunda fase do processo de investigação. Os resultados mostraram que a atual reforma traduz, para o desenvolvimento da enfermagem de família, potencialidades e fragilidades que assumem pontos comuns e distintos na perceção dos participantes consoante a unidade funcional onde trabalham. As condições de trabalho dos enfermeiros nas diferentes unidades, os padrões de documentação em uso, a formação em enfermagem de família, a inexistência de um referencial teórico, a natureza das relações da equipa multiprofissional, os Programas Nacionais de Saúde e a motivação para o método de enfermeiro de família constituem os principais intervenientes no processo de cuidados à família. Concluiu-se que os percursos experienciais de trabalho e de formação constituem agentes estruturantes na identificação dos fatores, na motivação dos enfermeiros e no desenvolvimento de intervenções em cuidados às famílias.

Palavras-chave: enfermagem familiar; conhecimentos, atitudes e prática em saúde; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The importance of Primary Health Care and family health is unquestionable today, reflecting itself in the national and international health policies. In Portugal, the current reform of transforming health care centres into functional health units has led to the creation of the figure of the family nurse practitioner who is integrated in multidisciplinary health care teams.

This study has the following general objectives: to characterise nurses' attitudes towards the family and analyse the provision of health care to families by the primary health care nurses of a Regional Health Administration.

In line with the objectives, the research was divided into two phases. In the first phase, a quantitative, descriptive-correlational study was conducted with a sample of 871 nurses who answered a socio-demographic and professional questionnaire and completed the scale *A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros* (Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes) (IFCE-AE) (Oliveira *et al.*, 2009; Oliveira *et al.*, 2011). The results obtained showed that nurses have attitudes of support towards the family in care provision and that these attitudes are related to the Cluster of Health Care Centres/Local Health Units where they work, the health care organization methodology, the academic and professional qualifications, the training in family nursing and the length of professional experience. Based on these results, two Clusters of Health Care Centres/Local Health Units were identified: in one of them, the nurses' attitudes of support showed higher values, while in the other lower scores were found, which were typical cases in the second phase of the study and were the basis for discussion and comparison of the final results.

The second phase of the research was implemented using a quantitative analysis and a methodology oriented to the study of multiple cases. The results showed that the current reform translates strengths and weaknesses to the development of family nursing that are perceived by the participants in a different or similar way depending on the functional unit where they work. The nurses' working conditions in the different units, the documentation patterns in force, the training in family nursing, the lack of a theoretical framework, the nature of the multiprofessional team relationships, the National Health Programmes and the motivation for the method of the family nurse practitioner are the main aspects involved in the process of family care. Therefore, it is concluded that the experiential work and training paths are structural agents in the identification of factors, the nurses' motivation and the development of family care interventions.

Keywords: family nursing; health knowledge, attitudes and practice; primary health care.

RÉSUMÉ

L'importance des soins de santé primaires et de la santé de la famille ne se questionne pas aujourd'hui et c'est, sans aucun doute, considérée dans les politiques nationales et internationales. Au Portugal, l'actuelle réforme des centres de santé dans des unités fonctionnelles de la santé a conduit à la création d'un infirmier de famille intégré dans des équipes multi professionnelles de santé.

Cette recherche a comme objectifs caractériser les attitudes des infirmiers face à la famille et analyser le processus de production des soins aux familles par les infirmiers des soins de santé primaires, d'une administration régionale de santé.

Selon les objectifs, le parcours d'enquête a été mené en deux phases. La première phase a été complétée par une étude quantitative, descriptive et de corrélation avec un échantillon de 871 infirmiers qui ont répondu à un questionnaire sociodémographique et professionnel et à l'échelle «l'Importance des Familles dans les Soins d'Infirmiers-Attitudes des Infirmiers (IFCE-AE)» (Oliveira et al, 2009 ; Oliveira et al, 2011). L'analyse de plusieurs sources de données a permis de conclure que les infirmiers ont des attitudes de soutien face à la famille dans les soins et que ces attitudes ont un rapport avec le groupe de Centres de Santé / Unité Locale de Santé où ils travaillent, avec la méthodologie de l'organisation de soins qu'ils utilisent, avec les qualifications universitaires et professionnelles, avec la formation en infirmier de famille et avec la durée de l'expérience professionnelle qu'ils possèdent. Avec ces résultats, on a identifié deux groupes de Centres de Santé / Unités locales de Santé. Chez le premier groupe les attitudes de soutien des infirmiers présentaient des valeurs plus élevées et chez l'autre ces attitudes avaient des valeurs inférieures qui ont fonctionné comme des cas typiques dans la seconde phase de l'étude et qui ont également servi de base de discussion et de comparaison des résultats finaux.

La deuxième étape du processus de recherche a eu lieu grâce à la méthodologie de l'analyse qualitative et guidée par l'étude de cas multiples. Les résultats ont montré que l'actuelle réforme traduit, pour le développement des soins des infirmiers envers la famille, des potentialités et des fragilités qui ont des points communs et distincts à la perception des participants selon l'unité fonctionnelle où ils travaillent. Les conditions de travail des infirmiers chez les différentes unités, les normes de documentation utilisées, la formation des infirmiers en soins de famille; l'absence d'un modèle théorique; la nature des relations de l'équipe multidisciplinaire; les programmes nationaux de santé et la motivation pour la méthode de l'infirmier de famille sont les principaux intervenants dans le processus des soins aux familles. Les parcours expérimentaux de travail et de formation se sont révélés des agents structurants dans l'identification des facteurs, dans la motivation des infirmiers et dans le développement des interventions aux soins des familles.

Mots-clés: infirmiers de la famille; connaissances, attitudes et pratiques de santé; soins de santé primaires.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

GTDCSP - Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários

ICN - International Council of Nurses

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS - Unidade Local de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - CUIDADOS À FAMÍLIA: QUE PERCURSOS?	7
CAPÍTULO I - CONTEXTOS, POLÍTICAS E PRÁTICAS ORIENTADAS PARA A FAMÍLIA	9
1 - Primeiras políticas e a emergência das práticas	10
2 - Das caixas de previdência aos centros de saúde de terceira geração	15
3 - Reforma atual dos cuidados de saúde primários: implementação e progresso	31
CAPÍTULO II - CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA	39
1 - Fundamentos multidisciplinares	41
2 - Escolas do pensamento de Enfermagem	47
3 - Modelos de Enfermagem de Família	53
4 - Níveis da prática em Enfermagem de Família	58
PARTE II - PERCURSOS EMPÍRICOS	63
CAPÍTULO I - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO	65
1 - Problema de investigação	65
2 - Questões e objetivos de investigação	71
3 - Procedimentos éticos e formais	72
CAPÍTULO II - A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS (IFCE-AE)	75
1 - Metodologia	75
1.1 - Variáveis em estudo	75
1.2 - Instrumento de recolha de dados	77
1.3 - População e amostra	80
2 - Apresentação e análise dos resultados	84
3 - Discussão dos resultados	94
CAPÍTULO III - CONTEXTOS E PROCESSOS NOS CUIDADOS À FAMÍLIA	101
1 - Procedimentos metodológicos	101
1.1 - Processo de recolha de informação	103
1.2- Procedimentos de análise de informação	106

2 - Contextos, atores e mudanças na atual reforma CSP	107
2.1 - ACES A: Atores e reorganizações nos contextos de cuidados	109
2.2 - ACES B: Atores e reorganizações nos contextos de cuidados	115
3 - Intervenientes e estratégias na e para a produção dos cuidados às famílias	128
3.1 - Criação das USF e UCSP	129
3.2 - Organização das unidades: ficheiros; área de abrangência e características da população inscrita	138
3.3 - Indicadores e incentivos	144
3.4 - Padrões de documentação	148
3.5 - Formação em Enfermagem de Família	161
3.6 - Inexistência de um modelo teórico	170
3.7 - Equipa multiprofissional	172
3.8 - Programas nacionais de saúde, famílias e atores	179
3.9 - Motivação das equipas	185
4 - Intervenções em cuidados às famílias	195
PARTE III - EVIDÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DOS CUIDADOS ÀS FAMÍLIAS	203
1 - Contributos para o desenvolvimento do processo de cuidados à família em contexto de cuidados de saúde primários	205
2 - Considerações finais	223
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	227
ANEXOS	239
ANEXO 1 - Autorização da ARS para a realização do estudo empírico	241
ANEXO 2 - Questionário para caracterização das atitudes dos enfermeiros da ARS do Centro	243
ANEXO 3 - Autorização dos ACES para a realização do estudo empírico	247
ANEXO 4 - Guião das entrevistas	251

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Relação das teorias das ciências sociais com os modelos/teorias da terapia familiar.....	45
Figura 2 - Percursos empíricos.....	70
Figura 3 - Fatores Intervenientes no processo de cuidados às famílias.....	128
Figura 4 - Vantagens das USF no desenvolvimento da enfermagem de família.....	130
Figura 5 - Fragilidades da organização das unidades para o desenvolvimento da enfermagem de família.....	139
Figura 6 - Padrões de documentação no ACES A.....	149
Figura 7 - Aspetos facilitadores dos padrões de documentação no ACES B.....	152
Figura 8 - Aspetos dificultadores dos padrões de documentação no ACES B.....	155
Figura 9 - Programas Nacionais de Saúde, Família e Enfermeiros no processo de cuidados às famílias.....	180
Figura 10 - Fatores influenciadores da motivação dos enfermeiros para o desenvolvimento da enfermagem de família.....	187
Figura 11 - Intervenções em cuidados às famílias.....	200
Figura 12 - Dimensões resultantes do estudo empírico.....	206
Figura 13 - Perceção dos atores sobre a atual Reforma dos CSP.....	210
Figura 14 - Intervenientes e relações na e para a produção dos cuidados às famílias.....	221

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Participantes segundo o ACES ou ULS onde trabalhavam	80
Tabela 2 - Participantes segundo o grupo etário e o género	81
Tabela 3 - Participantes segundo o tempo de exercício profissional total e o tempo de exercício profissional em CSP	82
Tabela 4 - Participantes segundo a categoria profissional, as habilitações académicas e especialidade	83
Tabela 5 - Participantes segundo o tipo de unidade funcional em que trabalhavam, o método de trabalho e a formação em enfermagem de família	84
Tabela 6 - Teste da normalidade da distribuição de resultados das dimensões da escala - <i>IFCE-AE</i> na amostra em estudo	85
Tabela 7 - Medidas descritivas observadas para as dimensões da escala - <i>IFCE-AE</i>	86
Tabela 8 - Resultados apurados pela aplicação da <i>IFCE-AE</i> em função do ACES e ULS onde trabalham os participantes	88
Tabela 9 - Correlação da <i>IFCE-AE</i> com a idade, tempo de exercício profissional total e tempo de serviço em CSP	89
Tabela 10 - Comparação da <i>IFCE-AE</i> em função das habilitações académicas	90
Tabela 11 - Comparação da <i>IFCE-AE</i> em função da formação especializada em enfermagem	91
Tabela 12 - Comparação da <i>IFCE-AE</i> em função da formação em enfermagem de família	91
Tabela 13 - Comparação da <i>IFCE-AE</i> em função do tipo de unidade funcional de saúde	92
Tabela 14 - Comparação da <i>IFCE-AE</i> em função do método de organização dos cuidados	93

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores para as USF.....	35
Quadro 2 - Variável central.....	76
Quadro 3 - Variáveis sociodemográficas.....	76
Quadro 4 - Variáveis de caracterização profissional.....	77
Quadro 5 - Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE-AE.....	78
Quadro 6 - Caracterização das informantes-chave do ACES A.....	109
Quadro 7 - Caracterização das participantes do ACES A.....	110
Quadro 8 - Cuidados de enfermagem.....	115
Quadro 9 - Caracterização dos informantes-chave do ACES B.....	116
Quadro 10 - Caracterização dos participantes da UCSP B.....	117
Quadro 11 - Caracterização dos participantes da USF B1.....	121
Quadro 12 - Caracterização dos participantes da USF B2.....	124

INTRODUÇÃO

Os Cuidados de Saúde Primários constituem um pilar de sustentação de todos os sistemas de saúde, destacando-se em Portugal através da integração da vigilância de saúde das famílias ao longo do ciclo vital, com relevância incontestável salientada na continuidade das orientações da Organização Mundial da Saúde, dos Planos Nacionais de Saúde e, ainda, nas sucessivas alterações à estrutura organizacional dos Cuidados de Saúde Primários.

A preocupação com os cuidados à família tem acompanhado o desenvolvimento da enfermagem, enquanto profissão e disciplina do conhecimento, sendo hoje notável a responsabilidade exigida aos enfermeiros, nas atuais equipas de saúde familiar, bem como na produção de evidências teóricas no âmbito da enfermagem de família.

Para este desenvolvimento contribuíram várias políticas internacionais das quais se destacam as orientações da Organização Mundial da Saúde, a Declaração de Munique (WHO, 2000), onde se sugere o estabelecimento de programas de enfermagem centrados na família, para fazer face aos problemas de saúde pública e as políticas de Saúde Para Todos na Região Europeia da Organização Mundial da Saúde, Saúde 21 (OMS, 2003) que apontam a importância dos cuidados ao longo do ciclo vital dos indivíduos e das famílias, bem como a necessidade de um sistema de saúde mais integrado e com maior ênfase nos Cuidados de Saúde Primários.

Nestas orientações, é designado o enfermeiro de família para assegurar os cuidados de qualidade, uma vez que se apresenta como *pivot* central das equipas multidisciplinares de saúde. Esta figura é definida como o profissional que proporciona a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilos de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários, devendo cada cidadão ter o direito de escolher o seu enfermeiro de família (OMS, 2003; WHO, 2000).

A nível nacional, os Planos Nacionais de Saúde [Direção Geral de Saúde (DGS) 2004; 2013] preconizam que, de entre as várias abordagens possíveis para compreender a saúde e planear as intervenções necessárias, devem adotar-se as que se centram na família e se baseiam no ciclo de vida, nomeadamente no que concerne aos estilos de vida e aos problemas de origem social. Realçam ainda que a abordagem centrada na família e no ciclo de vida permite uma perceção mais integrada dos problemas de saúde e das prioridades que devem ser estabelecidas para os diferentes grupos etários, nos diversos papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida.

No contexto atual, o reconhecimento dos Cuidados de Saúde Primários como pilar de sustentação de todo o sistema de saúde pelo Programa do VXII Governo Constitucional; a evidência dada às unidades de saúde familiar pelo Decreto-Lei

nº.298/2007, de 22 de agosto, como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares e as diretrizes das Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários [Missão Para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), 2006], pela implementação das políticas de desenvolvimento de recursos humanos, evidenciam também a instituição do perfil profissional do enfermeiro de família como elemento facilitador para aprofundar o modelo de trabalho em equipa, no âmbito das equipas multidisciplinares de saúde.

À semelhança do conceito suprarreferenciado, em Portugal, a designação de enfermeiro de família assume o significado do enfermeiro que integra as equipas de saúde familiar, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais à família, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade (Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto). Neste conceito está também patente o significado de método de enfermeiro de família, como o método de organização dos cuidados utilizado pelo enfermeiro responsável pelos cuidados a determinadas famílias (semelhante ao método de enfermeiro responsável nos cuidados diferenciados).

Também nos vários documentos emitidos pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente, no enquadramento conceptual dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001) é realçada a otimização das intervenções de enfermagem quando a unidade familiar é tomada como alvo do processo de cuidados, o que reflete a importância do papel dos enfermeiros na saúde das famílias.

Aos enfermeiros cabe a realização da avaliação familiar no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento. Enquanto contexto natural, a família possui padrões de interação específicos que constituem a estrutura familiar e que, por sua vez, guiam o funcionamento dos seus membros delineando a sua sucessão de comportamentos e facilitando a sua interação (Minuchin & Fishman, 2003). *“Analisar a família ao longo do ciclo vital é estudar o seu desenvolvimento numa dimensão do eixo diacrónico, de modo a identificar características e potencialidades e a analisar momentos de mudança em relação a tarefas, dificuldades e tensões.”* (Martins, 2002; p. 119).

Na perspetiva de Anderson e Tomlinson, citados em Hanson (2005), a centralidade da enfermagem na saúde familiar representa um fator importante da matriz ambiental, em que a saúde se descreve como o estado ou o processo da pessoa em interação com o ambiente e, por isto, a avaliação da saúde familiar envolve a avaliação simultânea dos membros da família e de todo o sistema familiar.

Para responder às necessidades exigidas na prática clínica aos enfermeiros, tem sido notável o desenvolvimento da enfermagem de família enquanto área disciplinar da enfermagem. As várias escolas do pensamento em enfermagem, o desenvolvimento

das ciências sociais e da terapia familiar constituíram importantes contributos para a construção de modelos de avaliação e intervenção em enfermagem de família.

A literatura de enfermagem enfatiza a importância da família nos cuidados e advoga que a qualidade dos cuidados centrados na família é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros (Benzein, Johansson, Arestedt & Saveman, 2008; Wright & Leahey, 2009), implicando por isso que o centro de preocupação nas intervenções de enfermagem deve ser não só a resposta da família, mas também o comportamento dos enfermeiros (Wright & Leahey, 2009).

Contudo, apesar de todo o desenvolvimento ocorrido quer nas orientações políticas, quer no desenvolvimento da teoria em enfermagem de família, identificam-se dificuldades na construção das práticas dos enfermeiros relacionadas com o desfasamento entre a teoria e a prática (Hanson, 2005; Martins, 2004; Segaric & Hall, 2005; Wright & Leahey, 2009).

Essas dificuldades devem-se a várias razões, como o facto de: alguns enfermeiros acreditarem que a presença da família significa que o seu trabalho está a ser observado e avaliado, sentindo-se por isso ameaçados (Martins, 2004); a maioria dos enfermeiros não ter tido formação sobre enfermagem de família, continuando a orientar as suas práticas com base num padrão de enfoque individual; os enfermeiros acreditarem que família e enfermagem de família fazem parte do senso comum e, por esta razão, não necessitem de formação; a enfermagem ter ainda fortes laços históricos no modelo biomédico, onde a família, ainda que possa ser contemplada, é vista apenas como um contexto da pessoa e não como outro cliente (Hanson, 2005).

Tais referências históricas são também visíveis no domínio da formação em enfermagem em Portugal. Até 1987, verifica-se uma predominância de conteúdos com ênfase na patologia e no indivíduo, encontrando-se referência à família apenas em algumas disciplinas. No que respeita à enfermagem de família, um estudo realizado por Figueiredo (2009, p. 202), aos Planos de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem em cinco instituições do país, revelou diversidade nas cinco instituições, sendo expressos *“objetivos, conteúdos e ou bibliografia relacionados (...) no máximo de 26% da totalidade das unidades curriculares de ensino teórico (...)”*. No *“(...) que se refere ao ensino clínico este valor situa-se entre os 0% e os 75%, salientando-se a heterogeneidade existente nas cinco instituições”*.

Desta constatação e da carência de uma definição concreta do modelo de ação para os enfermeiros que integram as equipas de saúde familiar das atuais unidades funcionais de saúde, levantou-se a seguinte questão de investigação: como é que os enfermeiros que trabalham em Cuidados de Saúde Primários constroem o processo de produção de cuidados à família?

O desenvolvimento teórico da temática em estudo e a reflexão sobre a prática clínica observada aquando do acompanhamento de estudantes em ensino clínico de enfermagem comunitária e familiar impulsionaram o interesse na concretização deste estudo, delineando-se os seguintes objetivos gerais: caracterizar as atitudes dos enfermeiros em relação à família e analisar o processo de produção de cuidados às famílias pelos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, da Administração Regional de Saúde do Centro.

O percurso empírico para concretização dos objetivos foi realizado em duas fases, recorrendo-se à triangulação de métodos. Na primeira fase, através de um estudo transversal do tipo descritivo e correlacional, numa amostra de 871 enfermeiros que trabalhavam em Cuidados de Saúde Primários na Administração Regional do Centro, caracterizaram-se as atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados e identificam-se dois Agrupamentos de Centros de Saúde, onde a comparação das atitudes dos enfermeiros apresentaram valores diferentes.

A partir dos resultados da primeira fase, desenvolveu-se a segunda fase do estudo em cinco unidades funcionais de saúde, integradas nos dois Agrupamentos de Centros de Saúde identificados. Através de metodologia qualitativa, orientada por estudo de casos múltiplos, analisou-se o processo de produção de cuidados à família pelos enfermeiros participantes, identificando-se também alguns fatores contextuais e individuais que influenciam este processo.

O presente documento com o título: *Enfermagem de Família: Contextos e Processos em Cuidados de Saúde Primários* apresenta a contextualização teórica sobre o percurso histórico do desenvolvimento da enfermagem de família, descreve as fases de estudo empírico e apresenta os resultados, conclusões e sugestões que mais se salientaram.

Encontra-se organizado em três partes. A Parte I integra o enquadramento teórico, os contextos, políticas e práticas orientadas para a família, onde são apresentadas as diferentes políticas sociais e de saúde a nível internacional e nacional, a evolução da carreira de enfermagem e do ensino de enfermagem, bem como as orientações que daí contribuiriam para o desenvolvimento da enfermagem de família. Integra ainda os contributos teóricos para o desenvolvimento da enfermagem de família, nomeadamente, os fundamentos multidisciplinares e da própria disciplina de enfermagem.

A Parte II integra a problemática em estudo, as questões e objetivos de investigação, os procedimentos éticos e formais necessários à concretização do estudo e os percursos empíricos realizados, a “Importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)”, fase quantitativa e os “Contextos e processos nos cuidados à família”, a fase qualitativa.

Na Parte III, apresentam-se as evidências encontradas na construção dos cuidados às famílias, as conclusões do estudo e ainda as considerações finais que integram as implicações e sugestões resultantes desta investigação, bem como as limitações encontradas ao longo do processo investigativo.

Consciente do empenho dos enfermeiros portugueses na qualidade dos cuidados, esta Tese obedece ao imperativo da responsabilidade de produzir evidência científica para o desenvolvimento do processo de cuidados à família em Cuidados de Saúde Primários.

PARTE I - CUIDADOS À FAMÍLIA: QUE PERCURSOS?

CAPÍTULO I - CONTEXTOS, POLÍTICAS E PRÁTICAS ORIENTADAS PARA A FAMÍLIA

No sentido de enquadrar o desenvolvimento das políticas sociais e de saúde, bem como o desenvolvimento das práticas de enfermagem com orientação para a família, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), apresentam-se neste capítulo algumas orientações nacionais e internacionais, onde se inclui também a evolução da carreira de enfermagem e do ensino de enfermagem em Portugal.

Sistematiza-se a apresentação deste capítulo em três períodos correspondentes aos marcos significativos para o desenvolvimento dos CSP e das práticas de cuidados à família.

Denominou-se o primeiro período por “Primeiras políticas e a emergência das práticas”. Apresenta-se a assistência à família até meados do século XIX, destacando-se o desenvolvimento das práticas e a formalização do ensino de enfermagem, com alguns indicadores da importância da saúde pública e da defesa à família. Evidencia-se neste contexto a Escola Técnica de Enfermeiras, ligada à Fundação Rockefeller, pela introdução de novos conceitos internacionais, orientados para a assistência à comunidade. A nível das políticas sociais, a orientação da assistência preferencialmente prestada em casa impulsionou a figura da enfermeira visitadora (criada na carreira de enfermagem), a saúde escolar, a puericultura e os cuidados domiciliários. A preocupação com a assistência à família evidenciou-se também com a criação de Seguros Sociais obrigatórios ligados ao trabalho que tinham como objetivo a defesa dos trabalhadores e a proteção da saúde das suas famílias.

O segundo período: “Das caixas de previdência aos centros de saúde de terceira geração”. Visa descrever as várias orientações de meados do Século XIX até início do Século XXI. Neste período salienta-se a corrente da promoção da saúde individual e familiar que impulsionou o desenvolvimento dos CSP como primeira linha nos cuidados de saúde e a proteção da família com a criação das Caixas de Previdência e do Sistema de Segurança Social que deram origem à criação e desenvolvimento de diferentes modelos de Centros de Saúde (CS).

A valorização da saúde familiar é evidenciada na carreira de enfermagem desde 1991 com a definição do conteúdo funcional que revela não só a importância do envolvimento e integração da família nos cuidados, como ainda a responsabilização dos enfermeiros na prestação de cuidados à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos CSP.

Para isso contribuíram também as diversas reformas na estrutura organizacional dos CSP, nomeadamente a transformação dos CS de 1ª para 2ª e 3ª geração, onde

as Unidades de Saúde Familiar (USF) foram definidas como equipas de saúde multiprofissionais. Neste conceito, salienta-se a importância não só da saúde familiar, como também do perfil profissional do enfermeiro de família.

A nível social, a importância atribuída à família levou também ao desenvolvimento de projetos de apoio domiciliário aos doentes, crianças e idosos, para que estes permanecessem nas suas residências, criando-se também pensões, abonos, licenças, subsídios e aumento dos equipamentos sociais pelas instituições particulares de solidariedade social.

A nível do ensino de enfermagem, destaca-se a valorização da saúde pública, que levou à introdução de conteúdos da saúde individual, familiar e comunitária e posteriormente a introdução de conteúdos da família nos planos de estudos dos cursos de enfermagem: *Livro Verde e Livro Branco*.

O terceiro período foi denominado por “Reforma atual dos cuidados de saúde primários: implementação e progresso”. Foi neste período que se iniciou a implementação da atual reforma com a reestruturação dos CS em unidades funcionais de saúde, destacando-se a implementação de USF como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, onde se evidencia a enfermagem de família como área prática e disciplina emergente e impulso decisivo para a nova organização dos CSP. Institui-se o perfil profissional do enfermeiro de família, que permite aprofundar o modelo de trabalho em equipa no âmbito das equipas de saúde familiar, onde cada enfermeiro será responsável por 300 a 400 famílias por área geográfica.

Foi também criado o perfil das competências específicas para enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, embora ainda não se tenha efetivado esta categoria.

1 - PRIMEIRAS POLÍTICAS E A EMERGÊNCIA DAS PRÁTICAS

As mulheres foram um marco significativo para a assistência de saúde, o que se evidencia também como forte referência para os cuidados à família. Às mulheres competia o zelo por tudo e por todas as coisas que se pretendiam conservar para melhorar a vida. À mulher, mãe e dona de casa, era destinado o cuidado da natureza viva como as plantas, os cuidados dos filhos, a conduta de ajuda à família e ao grupo de pertença (Collière, 1989; Hansan, 2005).

A partir do Séc. XVIII e até ao Séc. XIX, se por um lado os cuidados se mantinham ligados à mulher que se dedicava à família, aos doentes e às grávidas, por outro, ligado à religião, iniciou-se o movimento das mulheres religiosas. Os cuidados

estavam ligados a episódios da vida privada das famílias, que exigiam ajuda, desde os nascimentos, até à idade avançada e fins de vida.

Às mulheres, era exigido serem solteiras ou viúvas, terem instrução, cultura, saúde e posição social, pertencentes às famílias mais distintas. Eram as antigas parceiras das enfermeiras comunitárias contemporâneas, onde se destacou Phoebe, considerada a primeira diaconisa e a primeira enfermeira visitadora (Martín-Caro & Martín, 2001).

Em Portugal, num contexto antecedente à legislação de política social, existe muito pouca informação sobre a assistência à família, no entanto, as fontes disponíveis apontam para que tenha sido assegurada por instituições de caridade privada, maioritariamente ligadas à Igreja e às ordens religiosas, uma vez que não existia intervenção do Estado em matéria de intervenção (Wall, 1995).

Surgiram assim as Irmãs da Caridade, designação atribuída a várias congregações cristãs de religiosas que se dedicavam aos cuidados aos pobres e doentes, nomeadamente a *Companhia das Filhas da Caridade* ou *Congregação de S. Vicente de Paulo*, orientada para atividades assistenciais e escolares aos mais desfavorecidos economicamente (Silva, 2008).

Em 1707, ergue-se o primeiro esboço de administração sanitária, pela Provedoria-mor de Saúde instituída. Cabia ao provedor-mor de saúde a fiscalização e coordenação dos serviços da polícia sanitária, a quem competia identificar e controlar as doenças que podiam ser “importadas” por via marítima, e pela inspeção de todos os produtos comestíveis expostos à venda e fabrico (Viegas, Frada & Miguel, 2006).

Outro registo encontrado data de 1833, quando, perante os acontecimentos epidémicos resultantes das invasões dos soldados Belgas e, após a revolução de Setembro de 1836, Passos Manuel aprova um Regulamento da Saúde Pública e cria o Conselho de Saúde Pública, para fiscalizar a “educação física dos habitantes”; a “prática de medicina, cirurgia e farmácia”; a “política médica” e “os parteiros e as parteiras” (Idem).

Após estes registos, em 1851, foi publicado o Decreto-Lei de 26 de novembro onde o Ministério do Reino apela às irmãs da caridade para “(...) *tomar parte no cuidado dos hospitais, das rodas, das casas de educação, dos asilos e dos socorros domiciliários*”. Segundo Alves citado em Silva (2008, p. 23) “«(...) *pela primeira vez, em 1851 (decreto de 26 de Novembro) oficialmente se trata da enfermagem ao reformar a Beneficência Pública, mandando chamar para os serviços (...)*»”.

Tendo sido a década de 50 marcada por grandes epidemias, responsáveis por elevadas taxas de morbidade e mortalidade, em 1872, Caetano Beirão criou um novo projeto sanitário em Lisboa e uma Comissão de Especialistas que, em 1886, concebeu um projeto de instrução à população sobre a natureza da doença, bem como as precauções

a tomar. Neste contexto, foi salientada a importância das visitas sanitárias, o isolamento dos doentes, a desinfecção da roupa e o uso de água potável (Viegas *et al.*, 2006).

O surgimento de novas necessidades, a partir das descobertas de Pasteur no final do século XIX, contribuiu para colocar em causa a assistência das Irmãs da Caridade, acusadas de preferirem as orações e a resignação à utilização de técnicas assépticas ou de vacinação. *“Para além disso, a 3ª República pretendeu substituir a ação assistencial religiosa, pela ação civil e estatal laica”* (Silva, 2008, p.18).

Com o objetivo da laicização das práticas, ainda que muito relacionado com o desenvolvimento das práticas hospitalares, evidenciou-se a necessidade de instruir as enfermeiras para os cuidados profissionais, emergindo assim a necessidade de formalização do ensino de enfermagem. *“O exercício da profissão de enfermeiro remonta, em Portugal, a finais do século XIX, sendo que, a partir da 2ª metade do século XX, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente”* (Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril, p. 1739).

A formalização do ensino de enfermagem em Portugal teve influência da corrente Britânica, por Florence Nightingale a partir de 1860 e da corrente francesa, pelo médico Bourneville, que, em 1878, fundou as escolas municipais de Paris destinadas à *“(…) preparação de enfermeiras competentes, capazes de secundar os médicos no novo contexto científico”* (Silva, 2008, p.19).

Vários historiadores consideram o início do processo científico da enfermagem o “período da enfermagem moderna”, caracterizado pela influência de Florence Nightingale que se dedicou para além das suas práticas nos cuidados, à publicação sobre hospitais, saúde, estatísticas de saúde, e muito intensamente sobre enfermagem e ensino de enfermagem, tendo criado em 1860 a primeira Escola de Enfermagem fundada no St. Tomas` Hospital em Londres (Ellis & Hartley, 1998, p. 36).

Os seus contributos na área dos cuidados à família tiveram especial evidência: na organização dos cuidados de enfermagem, sendo estes *“(…) distribuídos por zonas distritais para pobres e doentes, e também o trabalho de “missionários da saúde” através do “ensino da saúde em casa”*; no incentivo às pessoas para a higiene doméstica como medida para a diminuição da morbilidade e mortalidade infantil; no encorajamento das famílias dos militares, da Guerra da Crimeia a irem aos hospitais cuidar da sua família; na distribuição de enfermeiras parteiras e de serviços de saúde ao domicílio para ajudar mulheres e crianças em casa; na publicação do documento *“Training Nurses for the Sick Poor”*, em 1876 onde era incentivado às enfermeiras a realização de cuidados domiciliários, a famílias doentes e a famílias saudáveis (Hansan, 2005, p. 16).

Em Portugal, foi Costa Simões quem teve a primeira iniciativa para formalizar o ensino de enfermagem, criando, em 1881, uma escola de enfermagem nos Hospitais da Universidade de Coimbra, tendo como objetivo melhorar a instrução das enfermeiras e enfermeiros (Costa, 1965; Nunes, 2003; Silva, 2008; Soares, 1997). Contudo, o primeiro curso de enfermagem, organizado oficialmente em Portugal, foi no Hospital de S. José em Lisboa, por iniciativa do enfermeiro-mor do então Hospital Real de S. José, que, em 1885, tinha como objetivos não só pôr fim às religiosas, como também a formação técnico-profissional ligada aos cuidados hospitalares (Nogueira, 1990; Nunes, 2003; Silva, 2008; Soares, 1997).

A necessidade de formação em enfermagem foi marcada pelo desenvolvimento das ciências médicas, orientadas para o conhecimento da doença, da técnica e como consequência a valorização dos cuidados hospitalares, o que orientava os planos de estudo das escolas de enfermagem. No entanto, no panorama nacional, a Escola Técnica de Enfermeiras, criada em 1940, ligada à Fundação Rockefeller, é realçada pela introdução de novos conceitos internacionais, destacando-se a formação polivalente para preparar as enfermeiras a exercer funções no hospital e na comunidade (Nunes, 2003; Silva, 2008).

A este respeito, na Constituição Portuguesa de 1933, competia ao Estado coordenar, impulsionar e dirigir todas as atividades sociais, no sentido de defender a saúde pública, assegurar a defesa da família, bem como proteger a maternidade e zelar pela melhoria das condições das classes sociais mais desfavorecidas. Defendia-se ainda que a assistência devia ser preferencialmente prestada em casa, junto das famílias (Pimentel, 1999).

Neste sentido, uma das medidas implantadas foi a criação da Direção Geral de Saúde Escolar, em 1933, que, embora evidenciasse a figura do médico escolar, previa a necessidade de outra entidade, surgindo então a “visitadora” que teria de possuir alguns conhecimentos de enfermagem e um perfil moral prudente e hábil. O primeiro objetivo da medicina-escolar centrava-se na questão epidemiológica, dado que procurava defender a população das doenças infecto-contagiosas, em particular do sarampo. Nos anos letivos de 1934/1935 e de 1935/1936 houve um aumento significativo do número de escolas interessadas em implementar a Saúde Escolar, pretendendo-se que ao médico coubesse a função de educador e às visitadoras escolares a vigilância das famílias e dos alunos (Rocha & Sá, 2011).

No mesmo sentido, evidenciando-se a preocupação com a assistência à família, foi publicado em 1935, o Decreto nº 25: 935 de 12 de outubro, que cria os Seguros Sociais Obrigatórios ligados ao trabalho, destinados aos trabalhadores da indústria e do comércio e, mais tarde, alargados aos sectores rurais e das pescas. Estes

seguros tinham como objetivo a defesa dos trabalhadores na doença, na invalidez e no desemprego involuntário, bem como garantir as pensões da reforma que protegessem a saúde das suas famílias (Biscaia *et al.*, 2008).

Em 1942, com o objetivo da assistência à família, foi também publicado o Decreto nº 31:915, de 12 de março, que autoriza o funcionamento de uma “escola-estágio” de enfermeiras puericultoras e em junho de 1942, o Presidente da Defesa da Família defende a vigilância da gravidez, do parto no domicílio e dos ensinamentos de higiene e de puericultura. Na primeira Jornada das Mães de Família, realizada em Lisboa e no Porto em junho de 1942, distribuíram-se panfletos a defender o aleitamento materno e afixaram-se “(...) cartazes onde se via «a família-modelo portuguesa», constituída por um operário de Lisboa, com a sua mulher e seus dez filhos, bem vestidos e bem alimentados, o contrário do que se via pelas ruas de Alcântara, Alfama ou de Marvila nos anos 40” (Pimentel, 1999, p. 502).

A 31 de dezembro de 1942, é publicado o Decreto nº 32:612, que regista graves deficiências no ensino e na prática de cuidados de enfermagem, apontando que “a aprendizagem é confiada ao simples tirocínio prático ou improvisação das boas vontades que, por generosa dedicação ou necessidade profissional, se entregam a esse nobre mester” (p. 1712). Este decreto veio regular a profissão, referindo o Artigo 10º que “A partir de 1 de Janeiro de 1944 será proibido o exercício público da profissão de enfermagem a quem não esteja munido de diploma (...)” (p. 1713). A partir desta publicação ficou também dividida a carreira de enfermagem em 4 áreas: enfermeiras hospitalares; enfermeiras visitadoras; enfermeiras puericultoras e enfermeiras formadas em outras subespecialidades, como as enfermeiras psiquiatras.

A assistência à família foi considerada um foco importante das práticas das enfermeiras visitadoras, citando-se neste Decreto que uma boa organização da assistência médico-social, orientada em moldes corporativos, não estatistas, terá de envolver a cooperação com a família, em vez de a considerar como um colaborador inútil ou perigoso. É salientado ainda que o doente não deve ser visto como elemento isolado, mas como membro de uma família. Este facto coloca em evidência as tendências da medicina social, que defendem uma maior facilidade de diagnóstico e decisão terapêutica, quando os dados são colhidos em ambiente familiar, onde se tem acesso aos elementos de ordem psicológica e moral.

No mesmo sentido, o Decreto-Lei n.º 32 651, de 2 de fevereiro de 1943 cria o Instituto Maternal, onde se destaca a ação de efetivar e coordenar a prestação de assistência médico-social à maternidade e à primeira infância e a assistência ao parto no domicílio. Em 1945, pelo Decreto-Lei n.º 35 108, de 7 de novembro, foram criadas as competências do Instituto Maternal e reorganizados os serviços da assistência social, substituindo a Defesa da Família pelo Instituto de Assistência à Família, que propunha coordenar,

promover e fomentar “(...) *as instituições de apoio à família, combater as práticas anticoncepcionais e as causas da degenerescência física, educar a família, arranjar trabalho a desempregados, subsidiar as famílias numerosas, difundir noções de puericultura e de higiene e reduzir a mortalidade infantil*” (Pimentel, 1999, p. 503).

A par da preocupação pela saúde da família e com a definição da categoria de enfermeira visitadora para o acompanhamento das famílias, a partir do início do séc. XX, a prática de enfermagem evidencia-se principalmente nos cuidados aos doentes. O estatuto de auxiliar do médico desenvolve-se para além do cumprimento da prescrição terapêutica, do cumprimento da prescrição com vista à investigação e ao diagnóstico médico, o que vem exigir o acesso ao domínio de outros conhecimentos (Silva, 2004).

Apesar de não estarem até aqui definidas as competências do enfermeiro, o facto de se aproximar do papel do médico, detentor de todo o saber, que lhe vai transmitindo apenas o que é necessário e quando é necessário, veio efetivamente realçar a sua imagem nomeadamente junto dos indivíduos e suas famílias, pela visão que transmite ao doente no meio hospitalar. Neste sentido, compreende-se que a grande preocupação tenha sido o desenvolvimento de capacidades técnicas, indispensáveis ao reconhecimento do seu papel principal, ser um excelente executante.

Esta exagerada preocupação com o desenvolvimento de capacidades técnicas vem distinguir o papel das enfermeiras visitadoras e das enfermeiras hospitalares. Enquanto estas últimas necessitam de recorrer à hipertecnicidade, cumprindo a prescrição dos médicos, para aumentar o prestígio e a visibilidade social, as enfermeiras visitadoras, ao contrário, vão alargando o seu papel na sociedade, sem que tenham necessidade de cumprir as prescrições de outros (Silva, 2004).

Neste período sublinhou-se a importância da família a nível das políticas sociais e a distinção dos cuidados na comunidade e nos hospitais, permitindo uma maior autonomia às enfermeiras comunitárias nos cuidados à família. Contudo, a valorização da doença nos cuidados hospitalares fez desenvolver o ensino de enfermagem ligado à corrente orientada para a patologia, determinando a vertente biomédica nos cuidados, o que ainda hoje constitui um dos obstáculos ao desenvolvimento das práticas centradas na família.

2 - DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA AOS CENTROS DE SAÚDE DE TERCEIRA GERAÇÃO

Neste período destaca-se o desenvolvimento das políticas verificado desde meados do Século XIX até início do Século XXI, que contribuiu para a evolução dos cuidados às

famílias, nomeadamente a implementação dos CSP como primeira linha nos cuidados de saúde e na proteção da família, as diversas reformas dos CSP, a valorização da saúde familiar na definição do conteúdo funcional dos enfermeiros e a introdução de conteúdos da família nos planos de estudos dos cursos de enfermagem.

Até 1945, o Estado português detinha a responsabilidade no domínio da saúde pública, embora com um papel meramente supletivo na assistência aos doentes, sendo da responsabilidade das famílias, das instituições privadas ou aos Serviços Médico-Sociais da Previdência a assistência na doença (Biscaia *et al.*, 2008, p. 49).

Após a Segunda Guerra Mundial, sendo a situação sanitária do país precária e a iniciativa privada insuficiente para responder às necessidades das famílias, o Estado reconheceu formalmente esta situação, pelo Decreto-Lei nº 35 108 de 7 de novembro de 1945, criando e autonomizando os institutos responsáveis por programas verticais, nomeadamente o Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos, o Instituto Maternal, o Serviço Anti-Sezonático e de Higiene Rural, o Instituto de Assistência às Famílias, entre outros.

Em 1946, pelo Decreto-lei nº 35 311 de 25 de abril, foi criado o primeiro serviço de cuidados médicos a nível nacional que deu origem à Federação das Caixas de Previdência. O sistema de Segurança Social também se inicia nesta altura com os Serviços das Caixas, destinados à proteção na doença e invalidez dos trabalhadores por conta de outrem, estendendo-se também às famílias dos beneficiários (Biscaia *et al.*, 2008).

O Estado propunha-se favorecer e regular a constituição da família e o desempenho da sua função educadora, concedendo subsídios provisórios e proporcionando meios de trabalho aos chefes de família. A assistência devia ser preferencialmente preventiva ou recuperadora e, por isso, ser prestada em coordenação com a previdência e com os organismos corporativos, privilegiando-se a assistência no domicílio, e, só em último caso, pela via do internamento em instituições estatais (Pimentel, 1999).

Esta orientação surge em consonância com Decreto-Lei nº 32:612, de 31 de dezembro de 1942, atrás referido, que evidencia quer a importância da consolidação da formação dos enfermeiros, quer a importância dos cuidados em ambiente familiar.

Neste sentido, as escolas de enfermagem tiveram um importante papel de que é exemplo a Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, sob influência da monitora-chefe Maria da Cruz Repenicado Dias, defendendo a articulação teoria-prática e tomando como aspeto significativo a “enfermagem psicossomática”, lecionada durante o curso, que teria de ser posta em prática pelas alunas. Foram criadas as Brigadas de Educação Sanitária da Família em 1950, tendo iniciado funções em janeiro de 1951, com sede no Lar das Alunas Enfermeiras de Coimbra, em ligação com o Instituto de

Assistência à Família (Silva, 2008; p. 193). Esta iniciativa no campo da saúde pública, inserida no Serviço Social Hospitalar dos Hospitais da Universidade de Coimbra, tinha como objetivo assegurar os cuidados a famílias carenciadas economicamente, destacando-se “(...) os cuidados de higiene a doentes acamados, mobilizações, massagens, como qualquer tipo de terapêutica-pensos os mais variados” e o (...) ensino aos doentes e familiares” (Salgueiro, 1998, p.86).

Outra iniciativa foi a criação da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, em 1951, que desenvolveu um trabalho pioneiro e de vanguarda nas freguesias de Santa Maria de Belém e São Francisco Xavier. Destaca-se a enfermeira Louise Cunha e Teles que, conjuntamente com dois médicos, iniciou o trabalho da Fundação, nas ruas de Belém, contactando as grávidas, “(...) numa época em que não existia no país qualquer serviço de Saúde Pública (...) na vanguarda da promoção da Saúde da Mulher e da Criança” (Oliveira, 2002).

Destaca-se ainda a experiência modelo do Centro de Saúde (CS) D. Sofia de Abecassis, em 1952, no âmbito da assistência materno-infantil, projeto do professor João Maria Loureiro, com a colaboração das enfermeiras Maria Monjardine e Maria Morais na dinamização da visita domiciliária (Carvalho, 2010).

No campo da assistência social, a década de 50 foi marcada pela valorização dos conhecimentos das enfermeiras, “*Pelo facto de poder fazer o diagnóstico social e intervir precocemente, a enfermeira pode evitar uma terapêutica médica*” (Nunes, 2003; p. 84). No entanto, mesmo depois da reforma sucedida em 1952, a formação em enfermagem continuava dirigida à patologia, ao tratamento dos doentes e ao hospital. Foram criados os Cursos de Enfermagem Geral, cursos de três anos, com o ensino ministrado nas escolas de enfermagem, o que lhes trouxe autonomia técnica e administrativa (Nogueira, 1990, p. 137).

Treze anos depois, surge outra reforma no ensino de enfermagem, preconizando-se nestes novos planos de estudos destinados à preparação dos alunos “*aptos para o trabalho de base em qualquer dos campos da saúde: preventivo, curativo e de reabilitação*” (Decreto 46 448 de 20 de julho 1965, p.1023), uma vez que, na altura, se pretendia que os hospitais, que até aí tinham objetivos meramente curativos, se transformassem em centros de educação das populações para a prevenção da doença e para a promoção da saúde e bem-estar social (Nogueira, 1990).

A 6 de setembro de 1967, foi publicada a Portaria nº 22 874 que aponta para a necessidade de facilitar a preparação do pessoal de enfermagem indispensável à realização de programas de saúde pública, do Ministério da Saúde e da Assistência, criando a Escola de Enfermagem de Saúde Pública a funcionar em Lisboa, sob dependência da Direção Geral de Saúde.

Evidenciando também a importância da saúde pública como área da carreira de enfermagem, foi publicado o Decreto-lei nº 48 166, de 27 de dezembro de 1967, estruturando-se a carreira em três áreas: área de ensino, área hospitalar, e área da saúde pública.

Na década de setenta, vários decretos foram publicados relativamente às políticas de saúde e assistência, no âmbito comunitário. Assim, para assegurar um maior apoio às famílias, foi publicado o Decreto-Lei nº 102 de 24 de março de 1971 que consagra o conceito de CS, conforme previsto no III Plano de Fomento, “«(...) *um elemento de base para a proteção e fomento da saúde nas comunidades rurais*»” (p.381) e a criação de uma rede de CS, nas sedes dos concelhos em articulação com os Serviços Médico-Sociais de Previdência. Desta forma, os CS passam a ser a principal porta de entrada no sistema de saúde português.

A criação destes CS, aos quais se dá a designação de CS de primeira geração, teve também como objetivo que fossem eles a promover a saúde, prevenir a doença e tratar os doentes, cabendo aos serviços Médico Sociais exclusivamente tratar os doentes. Esta nova organização dos CSP denominada de Reforma de Gonçalves Ferreira, constituiu uma inovação criada em Portugal, uma vez que só sete anos mais tarde surge esta recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) pela conferência de Alma-Ata.

Destacam-se ainda na década de 70:

- O Decreto-Lei nº 413 de 27/9/1971 - Lei Orgânica do Ministério da Saúde que cria os fundamentos do SNS, direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de o assegurar e sendo da responsabilidade do Ministério da Saúde realizar atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, tratamento dos doentes e reabilitação, proteção e defesa da família.
- O Decreto-Lei nº 414 de 27/9/1971, que cria as carreiras de ensino de enfermagem, enfermagem de saúde pública e de enfermagem hospitalar. Destacam-se a criação dos CS como núcleos do novo sistema de cobertura médico-sanitária e a definição de atividades de saúde pública (promoção da saúde e prevenção da doença, bem como os tratamentos que não careciam de serviços hospitalares diferenciados).
- O Decreto-Lei nº 351 de 8/9/1972, que aprova o Regulamento Geral dos Serviços do Ministério da Saúde e da Assistência e define as suas competências nomeadamente a promoção da saúde e prevenção da doença, o tratamento e reabilitação dos doentes, a proteção e defesa da família e a proteção ao indivíduo socialmente diminuído, da infância à terceira idade.

Conforme anteriormente referido, só mais tarde, a nível internacional, surge a necessidade de responder de forma diferente às carências sanitárias, emergindo o advento da corrente orientada para a saúde e evidenciando-se a importância da família, pelas orientações da OMS. Nestas orientações, foi recomendado o desenvolvimento dos “cuidados de primeira linha” - “cuidados de saúde primários”, a serem prestados nos contextos onde as pessoas vivem, próximos das suas residências ou locais de trabalho. Começa então a evidenciar-se a valorização da saúde pública e, mais tarde, saúde comunitária.

Em Portugal, se por um lado se evidencia a prioridade nos CSP, com a criação dos CS, por outro lado, as novas descobertas médicas pelo desenvolvimento tecnológico favorecem ainda mais a prática de cuidados nos hospitais, reduzindo a pessoa à doença, implicando novas formas de organização dos cuidados médicos. Consequentemente, o objeto de trabalho de enfermagem passa a ser o doente portador de doença, levando à centralidade das intervenções na técnica. Neste sentido, a prática de cuidados de enfermagem organiza-se em torno das tarefas prescritas pelo médico, sendo o hospital o lugar privilegiado da reparação da saúde “(...) a *tecnicidade* toma um valor mítico todo-poderoso, de recurso supremo a soluções de problemas sanitários, que não constituem objeto de uma análise de situações que permita compreender a natureza das dificuldades sentidas pelo doente, a família, e os que a rodeiam.” (Collière, 1998, p. 142).

Ao nível do ensino de enfermagem destaca-se a Portaria nº 34, de 14 de janeiro de 1970, que cria o Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem. Esta Portaria reconhece a importância das transformações das reformas de 1947, 1950 e 1965 para o desenvolvimento nacional, mas identifica dois fatores que impedem a evolução mais rápida do ensino de enfermagem: o nível geral de instrução do país e a necessidade de satisfazer as exigências dos serviços. Salienta ainda a relação que o desenvolvimento do ensino teve com o hospital, embora, desde 1965, tivesse sido organizado de forma “(...) a tornar os profissionais aptos para o trabalho de base em qualquer dos campos da saúde preventivo, curativo e de reabilitação” (p.59).

Dois anos depois, surge o Decreto-Lei nº 346, de 30 de agosto de 1972, que identifica a necessidade de criação de cursos destinados a facilitar a promoção dos auxiliares de enfermagem psiquiátrica e de equiparação de enfermeiros de saúde pública aos profissionais de enfermagem geral. E em 1973, para responder às necessidades evolutivas das ciências médicas e à organização interna dos hospitais, foram publicadas as Portarias nº 260/73, de 23 de março e 269/73, de 12 de abril, que criam os cursos de especialização em enfermagem de saúde pública, médico-cirúrgica, pediátrica e psiquiátrica.

Embora a legislação faça sempre referência à necessidade de organização dos hospitais, no que diz respeito à evolução do ensino e da carreira de enfermagem, na área da saúde pública, considera-se por um lado as novas orientações para a saúde e, por outro, o desenvolvimento das ciências humanas e da corrente de revalorização da relação que trazem novas considerações no âmbito da saúde e da doença.

A corrente orientada para a saúde, a partir das orientações da OMS, fez-se sentir com elevada evidência a nível dos cuidados domiciliários e comunitários, quer a nível nacional, quer internacional, onde a nova conceção de saúde veio exigir a identificação das dificuldades “(...) *com que o doente ou a família se debatem, o que favorece esta ou aquela alteração (...) e em procurar com as pessoas em questão, como obviar as consequências da doença sobre a vida quotidiana*”. Mais ainda, esta corrente veio exigir que as intervenções de educação sanitária fossem realizadas a partir da análise das necessidades identificadas (Collière, 1998, p. 172).

Esta corrente traz consigo necessidades de conhecimento de outras áreas que implicam novos instrumentos, como as técnicas de entrevista e observação, técnicas de reunião e também técnicas de organização de cuidados. Estas técnicas permitem ter em conta a pessoa e a família, as suas aspirações, medos e expectativas (Collière, 1998), uma vez que é primordial compreender o significado do ambiente em que a pessoa está integrada, o ambiente familiar e social, como também o ambiente físico.

Os enfermeiros veem-se confrontados com as exigências do recurso a um vasto conhecimento para compreenderem as situações e planearem os cuidados, num campo de interação com as pessoas, famílias e comunidades. O desenvolvimento da tecnologia dá lugar ao desenvolvimento das pessoas e dos grupos, o desenvolvimento da destreza técnica e perícia na identificação dos sinais de doença física passam a ser substituídos pelo desenvolvimento de competências de análise das situações que necessariamente implicam o recurso ao processo de cuidados.

Estes enfermeiros que trabalham em cuidados comunitários e em cuidados domiciliários sentem a necessidade de implicar as famílias nos cuidados, utilizando “*cadernos de cuidados*” onde é registado, por todos os elementos da família e outros que estejam implicados nos cuidados, tudo o que possa facilitar o planeamento e continuidade dos cuidados de enfermagem (Collière, 1998, p. 175).

Sublinha-se a evidência à política social em Portugal. Com efeito, a partir da revolução de 25 de abril de 1974, foi notório o alargamento considerável de objetivos em termos do papel do Estado na saúde das famílias (Wall, 1995). A Constituição de 1976 determina que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, sendo o direito à proteção da saúde assegurado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (Viegas, Frada & Miguel, 2006).

Para Wall (1995), as principais medidas tomadas para implementar o novo sistema de benefícios entre 1974 e 1980 foram:

- Criação de pensões sociais para pessoas com mais de 65 anos ou inválidas, que não estivessem abrangidas pelos principais benefícios contributivos ou qualquer outra forma de proteção social;
- Criação de um subsídio de desemprego que permitisse uma substituição parcial dos rendimentos (60-75 % do salário mínimo nacional por um período de 180 dias, e mais, se a pessoa tivesse mais de 50 anos de idade). Ainda para os desempregados foi estabelecido que os trabalhadores desempregados e as suas famílias mantinham o direito à assistência médica e ao abono de família;
- Extensão da proteção social a trabalhadores assalariados rurais e a trabalhadores do serviço doméstico;
- Introdução de uma licença de maternidade paga (90 dias) para assalariadas;
- Alargamento do direito a abono de família;
- Aumento das pensões de velhice.

Estas medidas, orientadas para a proteção das famílias, evidenciaram, na Constituição de 1976, o papel do Estado na organização, coordenação e subsídio no sistema de segurança social. Os focos centrais eram a universalidade do direito à proteção social e o princípio de que o direito a benefícios não deve estar ligado apenas a situações de emprego. Neste sentido, os cidadãos passaram a estar protegidos não só em situações de doença, mas também na velhice, invalidez, viuvez e orfandade (Wall, 1995).

Em 1978, realiza-se a Primeira Conferência Internacional sobre CSP em Alma-Ata, que teve como finalidade promover saúde para todos no ano 2000. Daí resultou a definição de CSP como assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceites, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com a sua participação plena e com custos que a comunidade e o país possam suportar. Este sistema é caracterizado como o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde numa filosofia que implica o direito à saúde como um direito fundamental.

A nível nacional, salienta-se, em 1979, a Reforma do Ministro António Arnaut, pela Lei nº 56, de 15 de setembro, com a criação do Serviço Nacional de Saúde que passa a consagrar o direito à proteção da saúde e o direito à liberdade e igualdade. Estabelece-se, desta forma, a assistência a todos sem discriminação em toda a prestação de

cuidados, desde a prevenção, cura e reabilitação, garantindo o financiamento pelo estado (Arnaut, 2009), e, claro, mais uma vez, em defesa da instituição família.

Em 1982, com o objetivo de aumentar a acessibilidade das famílias aos cuidados de saúde foram publicados decreto-lei nº 254/82, de 29 de junho, que cria as administrações regionais dos cuidados de saúde e o Decreto-lei nº 310/82, de 3 de agosto de 1982, que reestrutura as carreiras médicas, assumindo-se ambos como esteios dos princípios informadores da regionalização, de uma nova conceção organizativa dos serviços e da prestação de cuidados, onde é privilegiada a relação personalizada entre os profissionais de saúde e os utentes (Despacho Normativo nº 97/83).

Pelo mesmo Despacho Normativo 97/83, de 22 de abril, é criado o regulamento dos CS, identificados por CS de 2ª Geração, resultado da integração dos CS com os postos dos Serviços Médico-Sociais. Definindo-os como unidades integradas polivalentes e dinâmicas, prestadoras de cuidados primários dirigidas globalmente ao indivíduo, família e comunidade. Neste Despacho, o “serviço de enfermagem” divide-se em 3 sectores, nomeadamente o sector de enfermagem de ambulatório, o sector de enfermagem de internamento e atendimento permanente e o sector de enfermagem de saúde pública.

Com vista a promover uma mais efetiva política de saúde, em 1984, foi publicado o Decreto-Lei nº 74-C/84, de 2 de março, que cria a Direção Geral dos CSP para dar resposta à “(...) *transição do estágio caracterizado pelo domínio das doenças infecto-contagiosas para o predomínio das doenças da civilização*”, procurando-se “*reforçar as possibilidades de ação no campo da saúde comunitária*” e a existência de uma medicina personalizada, “(...) *dando ao clínico geral a figura e o estatuto de médico de família*” [p. 732 (5) e 732(6)].

Com a criação da Direção Geral dos CSP extinguem-se a Direção Geral da Saúde, os Serviços Centrais dos Serviços Médico-Sociais e ainda os vários Institutos criados para atender as necessidades específicas, como era o Instituto Maternal (Viegas, Frada & Miguel, 2006).

Paralelamente a esta mudança, também no ensino de enfermagem é operada a reforma de 1976 com a finalidade de promover nos estudantes uma formação polivalente que lhes permitisse prestar cuidados junto do indivíduo, família e comunidade, no sentido de estes participarem no diagnóstico e intervenção de alguns problemas de saúde, preparando-os para serem futuros agentes de mudança, numa perspetiva de atores do SNS então proclamado (Carrondo, 2006; Graça & Henriques, 2000; Nogueira, 1990). Nesta reforma salienta-se a integração dos conteúdos da temática família nos planos de estudos (*Livro Verde*), perspetivando-se uma aprendizagem por áreas de

intervenção, que seguia a cronologia do ciclo vital familiar. Iniciava com os aspetos ligados à saúde comunitária, saúde materna e obstétrica, nascimento, seguindo com a adultez e anciania. (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 1977).

Neste plano de estudos, um dos objetivos apresentados consistia em: “*Conhecer os riscos específicos de cada individuo, família e comunidade, quanto à probabilidade de doença, doença secundária e iatrogénica, retorno à saúde, incapacidade e morte*” (Idem, p.8)

No programa da disciplina de *enfermagem na comunidade*, destacou-se a “*Preparação dos futuros pais e família para a gravidez e parto e responsabilidades inerentes*” (Ibidem, p.29) e, no programa da disciplina de *enfermagem médico-cirúrgica*, o objetivo: “*Compreender o individuo doente, nas implicações resultantes da doença a nível pessoal, familiar e comunitário*” sendo um dos conteúdos “*O doente, a família e a comunidade face à doença*” (Ibidem, p.53)

Na disciplina de *sociologia*, um dos conteúdos era a *família*, no âmbito da saúde infantil, “*O impacto da doença na criança e na família*” e no âmbito da saúde mental, “*compreender as implicações sociais da doença mental no individuo, na família e na comunidade*” (Ibidem p.35 e 36)

No programa do *estágio de saúde mental*, um dos objetivos consistia em “*Reconhecer situações que influem no comportamento do homem a nível individual, familiar, grupal e da comunidade*” (Ibidem, p.21)

Embora a distribuição dos conteúdos sobre a família, neste plano de estudos, se revele ainda insipiente, há a salientar a integração desta temática para a construção dos cuidados às famílias.

Por outro lado, evidencia-se também, no regulamento da carreira de enfermagem, mais perspectivas de realização e progressão profissionais, com a publicação, a 12 de novembro de 1981, do Decreto-lei nº 305, que descreve as funções inerentes às várias categorias e introduz o grau de enfermeiro especialista.

Em 1986, realiza-se em Ottawa, Canadá, em 21 de novembro, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, onde foi aprovada a Carta que contém as orientações para alcançar a Saúde para Todos no ano 2000. Foi essencialmente uma resposta às crescentes expectativas no sentido de se conseguir um novo movimento de Saúde Pública a nível mundial. Esta Carta teve como base os progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, sobre os CSP, o documento da Organização Mundial «As Metas da Saúde para Todos» e um debate na Assembleia Mundial de Saúde sobre a ação intersectorial para a saúde (OMS, 1986).

Em Portugal, a nível do ensino de enfermagem, foi aprovado o Curso de Enfermagem Geral em 1987. O plano de estudos conhecido por *Livro Branco* faz diversas alusões ao sistema familiar e à necessidade de intervir nas diferentes fases do ciclo vital e contextos de saúde/doença, sendo um dos objetivos gerais do curso: “*Que o aluno seja capaz de prestar cuidados de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidade a nível da prevenção primária, secundária e terciária, utilizando metodologia científica*” (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 1988, p. 4)

Destaca-se a disciplina de *antropologia e sociologia* com os conteúdos da sociologia da família, onde se incluem “*Tipos de família, funções de família e suas transformações dinâmicas (...); As práticas familiares contemporâneas (...)*” (Idem, p.29); a disciplina *enfermagem em cuidados de saúde primários*, no âmbito da temática saúde materna, as “*Implicações da gravidez e do parto na vida da mulher, do homem e da família*” (Ibidem, p.35) e o conteúdo “*O doente, a família e a comunidade face à doença*” (Ibidem, p. 38). Um dos objetivos do estágio de enfermagem em cuidados de saúde primários visa a realização de atividades “*(...) de educação para a saúde, de orientação e aconselhamento de indivíduos e famílias, assim como a prestação dos cuidados ambulatoriais através da visita domiciliária*” (Ibidem, p.60).

Também a nível do *estágio de enfermagem médica, cirúrgica e de especialidades*, uma das intervenções propostas consiste em “*(...) ações de educação para a saúde aos sinistros e famílias (...) utilizar a visita domiciliária, (...) de modo a (...) ajudar a integração na família e nas comunidades após a alta*” (Ibidem, p.78).

Um dos objetivos do primeiro semestre do terceiro ano inclui também, no âmbito da família, “*Participar, integrado na equipa de saúde, na prestação de cuidados de enfermagem à criança doente e sua família (...)*” (Ibidem, p.81). Na disciplina de *enfermagem pediátrica*, foram integrados vários conteúdos da temática Família: “*Preparação da criança e família para o internamento e para a alta*” “*Preparação da criança e família para a intervenção cirúrgica*”, “*Relação do enfermeiro com a criança e família*”, “*Consequências da doença e do internamento na criança e família*”, “*Educação para a saúde à criança e família*”, “*Cuidados de enfermagem à criança e família com problemas e necessidades resultantes de afeções médicas e cirúrgicas (...)*”, “*O enfermeiro, a criança e a família em situação de urgência*” (idem, p.85). Também no *estágio de enfermagem pediátrica* “*Pretende-se que o aluno não perca de vista a inserção da criança no seu contexto familiar e se possível no contexto comunitário (...)*” (Ibidem, 96)

Salienta-se também a inclusão de conteúdos no âmbito da família na disciplina de *enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica*, nomeadamente, “*A relação interpessoal-enfermeiro/utente, enfermeiro/família/comunidade*”, “*Sistemas de apoio ao dente*

mental (...) A família como unidade de tratamento, (...) intervenção familiar” (idem, p.88) e na disciplina de psicologia de grupo II, “O grupo como facilitador de crescimento (...) a família (...) psicoterapia familiar e comunitária”. No estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria “Pretende-se que o aluno desenvolva uma relação de ajuda com a o doente e família, reconhecendo situações que influenciam o comportamento do homem a nível individual ou grupal (...)” (Ibidem, p. 97).

Neste plano de estudos, a integração dos objetivos e conteúdos, que visam a família, são apresentados de forma mais consistente comprovando-se na sua distribuição pelas diferentes disciplinas e estágios. Contudo, a família é sublinhada apenas como contexto e não como unidade de cuidados.

Três anos depois, em 1990, a nível das políticas da saúde, é publicada a Lei de Bases da Saúde, Lei 48/90, de 24 de agosto, com o intuito de combater as fragilidades instaladas no SNS, destacando-se a “Base I” que refere que *“A proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado (...)”*(p.3452).

Verificando-se incorreta a dicotomia entre cuidados primários e diferenciados, quer do ponto de vista da indivisibilidade da saúde, quer do ponto de vista organizativo, em 1993, surge o Decreto-lei 11/93, de 15 de janeiro, onde são criadas as unidades integradas de cuidados de saúde, viabilizando a articulação entre grupos personalizados de CS e hospitais e oferecendo também uma maior acessibilidade às famílias. Neste Decreto, foi aprovado o Estatuto do SNS e criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS).

A nível internacional, destaca-se a Primeira Conferência Ministerial sobre os cuidados de enfermagem realizada em Viena, em junho de 1988, onde se reconheceu que os enfermeiros deviam introduzir mudanças para atingir as metas de saúde para todos, tomando parte nas tomadas de decisão sobre o planeamento e gestão dos serviços de saúde, contribuindo mais ativamente na saúde dos indivíduos e das famílias, sendo, para isso, necessário que a formação do enfermeiro fosse seja mais vasta e centrada nos CSP (WHO, 1988).

Após esta conferência, surge em Portugal a publicação do Decreto-Lei nº480/88, de 23 de dezembro, que integra o ensino de enfermagem no sistema educativo nacional e a publicação do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro de 1991, que aprova o regime geral da carreira de enfermagem, aplicando-a em três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e acessória técnica, bem como o conteúdo funcional das diferentes categorias, nomeadamente de enfermeiro, de enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista. Neste decreto, no que respeita ao conteúdo funcional das

três categorias é evidenciada não só a importância do envolvimento e integração da família nos cuidados, como ainda a responsabilização dos enfermeiros na prestação de cuidados "(...) à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos cuidados de saúde primários" (p. 5724)

A nível nacional, a partir de meados dos anos noventa, tornaram-se mais explícitas as políticas sociais de apoio à família, tendo sido definidos como objetivos:

"(...)promover a conciliação entre a vida profissional e a vida familiar, nomeadamente através do desenvolvimento dos serviços de apoio à família; reforçar o apoio financeiro para as famílias mais pobres; promover a igualdade de género na família, procurando reforçar a participação dos homens na vida parental e doméstica; combater a violência doméstica e os maus tratos dentro da família; (...)".(Wall, 2004, p.8).

Neste sentido, segundo a mesma fonte, identificaram-se o aumento dos equipamentos sociais pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), a introdução da licença de paternidade e a partilha da licença de maternidade entre pai e mãe, a possibilidade da guarda conjunta dos filhos (em situação de divórcio), a introdução do rendimento mínimo garantido e a atribuição do abono de família em função do rendimento familiar.

Foram também desenvolvidas experiências piloto e políticas de saúde, com o objetivo de tornar visível a importância da saúde familiar nos CSP. Das experiências desenvolvidas, destacaram-se as novas formas na organização dos CSP, de que é exemplo, em 1995, um projeto da equipa de enfermagem do então CS de Mira, que iniciou o modelo de enfermeiro de família, como metodologia de organização de cuidados com o objetivo não só de melhorar a qualidade dos cuidados, mas também de aumentar a satisfação da equipa de enfermagem. Já nesta data, preconizavam:

"(...)como enfermeiro de família o enfermeiro que é responsável por mais ou menos 1500 utentes, e que presta cuidados de enfermagem ao individuo em todo o ciclo de vida, cuidados de promoção da saúde, prevenção da doença e curativos, a nível do Centro de Saúde e do domicílio, tendo em atenção o individuo inserido na família" [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2002, p. 38].

Outra experiencia de novas formas de organização dos CSP, a partir de projetos assentes em pequenas equipas descentralizadas, foi o projeto Alfa, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, com visa a aproveitar os meios existentes nos CS, a partir da

iniciativa dos profissionais. Esta experiência iniciada em 1996, foi avaliada em 1998, tendo por isso sido aprovado o Regime Remuneratório Experimental dos médicos de clínica geral, consagrando-lhes alterações a nível da organização do trabalho, bem como das modalidades remuneratórias “(...) associada à quantidade de trabalho e à qualidade do desempenho profissional” (Biscaia *et al.*, 2008, p.56).

Após esta experiência de descentralização, em 1997, surge a publicação do Despacho Normativo nº 46/97, de 8 de agosto, que determina a instalação de agências de acompanhamento dos serviços de saúde (AASS) junto das ARS, criando a separação do financiamento entre a prestação dos serviços de saúde por cada Região de Saúde.

A nível internacional, destaca-se a Estratégia Regional Europeia da Saúde 21 - saúde para todos no século XXI, aprovada na Assembleia Mundial de Saúde, realizada 1998, que estabelece como estratégia prioritária de atuação os CSP integrados e dirigidos à família (OMS, 2003).

A nível nacional, em 1999, na sequência da criação das unidades integradas de cuidados de saúde (pelo Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de janeiro), foi publicado o Decreto-Lei nº 156/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde, referidos como “(...) conjuntos de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que se pretende facilitadores da participação social (...) constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados (...)” cabendo-lhe assegurar a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos.

Neste sentido, e na sequência dos Decretos-Lei nº 413/71, de 27 de setembro e nº 254/82, de 29 de junho e do Despacho Normativo nº 97/83, de 28 de fevereiro, (onde foram criados os CS e reformulados com a institucionalização das primeiras ARS), foi publicado o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS, com unidades funcionais, das quais se destaca o conceito de Unidade de Saúde Familiar (USF) como “(...) unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes” que “assenta numa equipa multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros e profissionais administrativos” “(...) tendo por missão a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos” (p. 2427). Estes CS, reconhecidos como CS de 3ª Geração trouxeram maior visibilidade à importância da saúde familiar.

A década de noventa é marcada também por mudanças importantes para a evolução da enfermagem, nomeadamente o Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, Regulamento do Exercício Profissional (REP), onde é identificado o mandato social dos enfermeiros

no que respeita aos cuidados à família demonstrado na definição: “*Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária*” bem como na caracterização dos cuidados de enfermagem ao terem “*(...) por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; (...) Utilizarem metodologia científica, que inclui: a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade*” (p. 2960).

Ainda que não se tenha verificado relação direta com a evolução dos cuidados à família, destaca-se a publicação da Resolução do Conselho de Ministros nº 140, de 4 de dezembro de 1998 onde foi criado um conjunto de medidas dirigidas à formação e investigação na área da saúde, a reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem e a passagem à tutela do Ministério da Educação. A formação dos enfermeiros, integrada a nível do ensino superior, permitiu o acesso aos diferentes graus académicos e a assunção das mais elevadas responsabilidades nas áreas da conceção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população.

Em 1998, foi também criada a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE), pelo Decreto-Lei nº 104, de 21 de abril (p. 1740), onde se reconhece que os enfermeiros constituem uma comunidade profissional e científica de extrema relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, constituindo-se o enfermeiro como profissional com competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção.

A nível internacional, destaca-se a realização da Segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS-Região Europeia, em junho de 2000, em Munique, onde foram definidas as Metas de Saúde Pública a atingir por todos os países membros, nos 20 anos do milénio e onde se perspetiva o enfermeiro como *pivot* central do desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção (WHO, 2000).

Na sequência desta orientação europeia, realizou-se em novembro de 2000, em Portugal, a Conferência Nacional “*A Cada Família o seu Enfermeiro*”. Esta iniciativa,

“(...) insere-se no âmbito da resposta que os enfermeiros portugueses têm vontade de dar ao referido desafio, por acreditarem que a enfermagem de família em muito poderá contribuir para a melhoria do estado geral da saúde da população”,

ênfatizando-se que:

“(...) a família tem de ser o novo centro de ênfoco dos cuidados de saúde, é em vista da família, e envolvendo-a no processo, que se efetua a mobilização articulada de recursos e é ainda por ela e com ela que se hão de desenvolver novas competências científicas e relacionais” (OE, 2002, p. 11, 21).

Em 2001, foram publicados os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pela OE onde é definido que,

“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades).

As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde” (OE, 2001, p.8,9).

Em 2002, no que respeita à organização dos CSP, o relatório da Inspeção Geral da Saúde, aponta a necessidade de implementação de reformas nas unidades prestadoras de CSP, identificando-se dificuldades de vária ordem, entre as quais: a inexistência de trabalho em equipas multidisciplinares; as deficiências ao nível do sistema de marcação e gestão de consultas; o número insuficiente de médicos de família; o número insuficiente de enfermeiros e a impossibilidade de desenvolver programas de apoio domiciliário [Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), 2003].

Neste sentido, em 2003, pelo Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, foi constituída a rede de prestação de CSP como o conjunto de CS integrados no SNS, pelas entidades do setor privado que prestem CSP aos utentes do SNS, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, para a sua família e para a comunidade em que se insere. Prevê ainda que cada CS disponha de

quatro unidades: unidade de cuidados médicos; unidade de apoio à comunidade e de enfermagem; unidade de saúde pública e unidade de gestão administrativa. No entanto, este decreto foi revogado em 2005, sem existir registo de terem sido postas em prática as suas orientações.

Constituindo a família e a comunidade contextos privilegiados para a prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente aos mais desfavorecidos, foi criada a Rede de Cuidados Continuados de Saúde pelo Decreto-lei nº 281, de 8 de novembro de 2003, que, de entre os vários princípios que defende, se destaca o de respeitar “*A família como elemento determinante da relação humanizada, constituindo o suporte e lugar privilegiado para a pessoa carenciada (...)*”(p. 7493).

No âmbito do Processo Europeu de Inclusão Social, de acordo com as orientações do Conselho Europeu de Nice, cada Estado-Membro produziu Planos Nacionais de Ação para a Inclusão (PNAI) para os horizontes 2001-2003. Neste, é realçada a necessidade de políticas sociais ativas que respondam às necessidades das atuais estruturas familiares que requerem a disponibilização de novos serviços, principalmente com vista a facilitar a conciliação da vida familiar e profissional das mulheres e a participação dos homens na vida familiar, bem como preservar e explorar todas as medidas estratégicas de solidariedade familiar existentes [Plano Nacional da Ação para a Inclusão (PNAI), 2003].

Em 2004, foi publicada a Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 com a finalidade de promover uma política de família coerente e articulada, que privilegiasse a transversalidade e a universalidade de forma a assegurar a eficácia e a adequação, estabelecendo orientações e compromissos a adotar, constituindo áreas de intervenção: família, conjugalidade e parentalidade; família infância e juventude; família educação e formação; família e envelhecimento; família e trabalho; família comunidade, cultura e lazer; família e saúde; família sociedade de informação e família e segurança social.

Como orientação política de apoio à saúde, surge ainda, em 2004, o PNS 2004-2010 que propõe, como estratégia para obter mais saúde para todos, a abordagem centrada na família e no ciclo de vida, justificada pelo facto de permitir uma melhor e mais integrada perceção, no conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida: nascer com saúde; crescer com segurança; uma juventude à descoberta de um futuro saudável; uma vida adulta produtiva; envelhecimento ativo e morrer com dignidade sendo a família um dos *settings* prioritários para a intervenção.

Este período foi marcado pelo grande enfoque na promoção da saúde, levando à implementação dos CSP, e, por consequência, à importância dos cuidados comunitários e domiciliários. Destacou-se ainda o desenvolvimento das políticas sociais e da saúde

orientadas para a família e o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina. No ensino de enfermagem, foi importante a integração dos conteúdos da temática família nos planos de estudos e a integração do curso de enfermagem no ensino superior, que abriu portas à investigação para a construção do conhecimento disciplinar, nomeadamente na área da enfermagem de família, como se constata no Capítulo II, nomeadamente ponto 3 e 4.

3 - REFORMA ATUAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: IMPLEMENTAÇÃO E PROGRESSO

Neste período pretende-se apresentar a reorganização organizacional dos CSP como impulso ao desenvolvimento do perfil profissional do enfermeiro de família nas atuais equipas de saúde familiar, nas unidades funcionais de saúde.

Considerando-se que a implementação da atual reforma se iniciou em 2005, destaca-se nesta data o surgimento a nível das políticas internacionais da 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em agosto de 2005, em Bangucoque, Tailândia, onde são identificados como novos desafios que influenciam a saúde as mudanças rápidas e frequentemente adversas nas áreas social, económica e demográfica, e entre outros, os modelos familiares e a estrutura cultural e social das comunidades. Assim, tendo como princípio a promoção da saúde como requisito de boas práticas empresariais, é proposto aos empregadores a promoção da saúde e do bem-estar dos seus empregados, considerando-se as respetivas famílias (OMS, 2005).

A nível nacional surge o Programa do XVII Governo para obter “Ganhos em Saúde” 2005-2009. Tendo em conta o contexto social no qual as pessoas nascem, crescem, vivem e morrem e o contexto do país, neste domínio, nomeadamente as elevadas taxas de pobreza, o desemprego, o abandono escolar precoce, a média de rendimentos baixa e o reduzido nível de literacia geram intoleráveis situações de exclusão social e desigualdades em saúde (Programa do XVII Governo 2005-2009).

Os CSP são assim considerados o pilar central do sistema de saúde, constituindo os CS as entidades enquadradoras das USF. Impondo-se as seguintes medidas de política:

- Reestruturação dos CS pela criação de USF (pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas, com autonomia organizativa funcional e técnica, com contratualização de uma carteira básica de serviços, com meios de diagnósticos descentralizados e um sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade);

- Integração das USF em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, pertencendo ao sector público administrativo (USF pública) ou pertencendo ao sector cooperativo, social e privado;
- Reforço e desenvolvimento da saúde com um conjunto de serviços de apoio comum às USF (vacinação, saúde oral, saúde mental e consultorias especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação);
- Revogação do decreto-lei 60/2003 (CS), a substituir por novo diploma;
- Reforço dos incentivos e formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos.

Para a condução do projeto de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF, foi a 12 de outubro de 2005 publicada a Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 que cria, na dependência do Ministério da Saúde, o Grupo de Missão Para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP).

Para a concretização do Programa do XVII Governo, decorre também a publicação do Decreto-Lei nº 88/2005, de 3 de junho, que revoga o DL nº 60/2003, de 1 de abril, que cria a rede de CSP, assumindo-se como uma tentativa falhada de melhorar o acesso à saúde, por nunca ter sido posto em prática, e reprimatiza o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS, reestruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para as USF. Assim esta reprimatização contempla a execução dum plano identificador das medidas operacionais e atividades a executar pelo grupo técnico para a reforma dos CSP.

Em 2006, foram criadas as Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos CSP, onde se evidencia a enfermagem de família, como “(...) *área prática e disciplina emergente que terá um impulso decisivo com a nova organização dos CSP*” (p.15), estabelecendo como uma das medidas a desenvolver a curto prazo a instituição do perfil profissional do enfermeiro de família, que permite aprofundar o modelo de trabalho em equipa no âmbito das equipas de saúde familiar (MCSP, 2006_a).

A 16 de fevereiro de 2006, foi publicado o Despacho Normativo nº 9/2006 que aprova o regulamento que estabelece os termos, as condições e os procedimentos necessários para as candidaturas a USF, considerando-a “(...) *a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde*”(p.1256).

A 12 de abril do mesmo ano, o grupo MCSP divulga um documento intitulado: Indicadores de Desempenho para as USF, onde reafirma a Norma IX do Despacho Normativo 9/2006 no que diz respeito às sete áreas sobre as quais assenta a monitorização das atividades das USF, nomeadamente Disponibilidade, Acessibilidade, Produtividade, Qualidade técnico-científica, Efetividade, Eficiência e Satisfação (MCSP, 2006_b)

Em 2007, o Decreto-lei nº 298, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem. De salientar, no que respeita à lista de utentes e famílias, no Artigo 9º do referido decreto-Lei, o nº 3 que indica que a lista de utentes por cada médico tem uma dimensão média de 1550 utentes por médico e o nº 2 que refere que *“a cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determinada área geográfica”*.

No sentido de continuar a conduzir o processo de implementação de USF e dar cumprimento ao disposto na base XIII da Lei de Bases da Saúde, surge a Resolução do Conselho de Ministros nº 60/2007 que renova o mandato da Missão para os CSP por mais 2 anos.

Ainda em 2007, se destaca a Portaria nº 1368/2007, de 18 de outubro, que aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional dos serviços das (USF), Unidades de Saúde e define o núcleo base de serviços clínicos: vigilância; promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida (geral; saúde da mulher; saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente; saúde do adulto e do idoso; cuidados em situação de doença aguda; acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla; cuidados no domicílio; interligação e colaboração em rede com outros serviços/sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão).

A 22 de outubro de 2007, foi publicado o Despacho nº 24 101/2007 que aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento: A, B e C referidos no Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto, sendo a diferenciação entre os modelos de unidades de saúde familiar resultado de três dimensões estruturantes: grau de autonomia organizacional, diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

O modelo A: “Corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar (...) Compreende as USF do sector público

administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF”.

O modelo B: “Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos (...) Abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho (...)”

O modelo C: “Modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas por administração regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído (...) Abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos.” (Despacho nº 24 101/2007 de 22 de outubro, p. 30419)

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), definindo-os como serviços públicos de saúde, desconcentrados das ARS ou integrados em Unidades Locais de Saúde (ULS), com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais CS, e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais, as que se direcionam para a saúde familiar são as Unidades de saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), embora as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) possam também ter projetos de intervenção comunitária dirigidos à saúde familiar, nomeadamente a grupos vulneráveis.

Salienta-se a Portaria nº 301/2008, de 18 de abril, que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, “*com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados prestados*” (p. 2278), identificados num conjunto de indicadores comuns a todas as USF.

Contudo, nestes indicadores (apresentados no Quadro 1), não se evidenciam os cuidados à família como unidade de cuidados, nem a importância dos resultados que indiquem a qualidade dos cuidados de enfermagem, o que parece contradizer os princípios da implementação das próprias USF, denotando-se um enfoque importante ao número de atos, à doença crónica e à saúde individual.

Quadro 1 - Indicadores para as USF

Acesso	<p>Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família.</p> <p>Taxa de utilização global de consultas.</p> <p>Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos.</p> <p>Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos.</p>
Desempenho Assistencial	<p>Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia atualizada (uma em três anos).</p> <p>Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os dois semestres.</p> <p>Percentagem de hipertensos com registo de pressão arterial nos últimos seis meses.</p> <p>Percentagem de crianças com Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado aos dois anos.</p> <p>Percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias.</p> <p>Percentagem de primeiras consultas de gravidez no 1.º trimestre.</p>
Satisfação dos utentes	<p>Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito - classificação final).</p>
Eficiência	<p>Custo estimado para medicamentos prescritos.</p> <p>Custo estimado com meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos.</p>

Fonte: Portaria nº 301/2008, de 18 de abril

O período 2005-2010 correspondeu, segundo a Coordenação Estratégica (2011_a), à fase em que foram desencadeadas as primeiras duas centenas de USF, iniciando-se a reorganização dos CS em ACES e a implementação dos órgãos de governação, bem como o processo de candidaturas das UCC e o início da constituição dos restantes tipos de unidades: UCSP, saúde pública (USP) e recursos assistenciais partilhados (URAP), como ainda as unidades de apoio à gestão (UAG) e os gabinetes do cidadão.

Esta reorganização dos CSP (nomeadamente a criação das USF e UCSP) impulsionou a conceção dos cuidados de enfermagem centrada na família, com a aposta nos modelos de organização em equipas de saúde familiar, onde a família emerge como unidade essencial, tornando-se necessária a formação especializada dos enfermeiros nesta área.

Neste sentido, foi criado o perfil das competências específicas para enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, com a publicação a 18 de fevereiro de

2011, do Regulamento n.º 126/2011, que define as seguintes competências: "a) *Cuida da família como unidade de cuidados; b) Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária*".

Neste regulamento, o enfermeiro de família "(...) *fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde, surge como um profissional que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (...)*"

O enfermeiro especialista "(...) *interage com as famílias a partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar, compilando dados sobre cada família que permitam a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família*" (p. 8660).

Reconhecendo o governo que os profissionais de enfermagem nos CSP assumem um papel importante, quer na promoção da saúde e na prevenção da doença, quer na gestão da doença crónica, sendo uma figura central nas equipas multiprofissionais, a 1 de agosto de 2012, foi publicado pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, o Despacho n.º 10321/2012, que visa a nomeação de um grupo de trabalho para a preparação da legislação sobre a metodologia de ação do enfermeiro de família, competindo-lhe definir competências, atividades e âmbito de ação do enfermeiro de família; identificar as áreas de partilha de responsabilidade na prestação de CSP com outros profissionais de saúde, nomeadamente na área da gestão da doença crónica e programas de saúde; e elaborar de um plano de ação para a implementação do conceito de enfermeiro de família.

Neste contexto, também o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários (GTDCSP), nomeado pelo Despacho nº 13312/2011, de 4 de outubro (para dar continuidade à reforma em curso, e por ter terminado o período previsto para o GMPCSP), apresenta a 30 de setembro de 2012 um documento de trabalho intitulado "*Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP. Pressupostos para a sua Implementação*". Neste documento é reafirmado o enfermeiro de saúde familiar como o profissional de referência e suporte qualificado que tem como principais funções: identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na dinâmica familiar; reconhecer o potencial do sistema familiar como promotor da saúde; constituir um parceiro na gestão da saúde familiar (organizando recursos necessários à promoção da máxima autonomia); constituir um elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade e constituir ainda um mediador na definição de políticas de saúde dirigidas à família (GTDCSP_a, 2012).

Também na mesma data, o mesmo grupo publicita dois documentos. O “Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” (GTDCSP, 2012b) e “Análise *SWOT* e recomendações para o desenvolvimento dos CSP” (GTDCSP, 2012c).

No primeiro documento destaca-se a enfermagem de família no primeiro objetivo a desenvolver nos próximos anos, “*Assegurar a cobertura total do país e a equidade de acesso aos CSP de qualidade*” através do desenvolvimento da área de enfermagem de saúde da família. Saliencia-se também a estratégia referente à gestão dos recursos humanos e ao desenvolvimento profissional, no destaque “*(...) ao papel e à necessidade de envolver mais enfermeiros nas unidades funcionais de saúde (...)*” e a nova arquitetura organizacional dos CSP, onde é evidenciada a relação privilegiada do cidadão com o médico de família e enfermeiro de família, através dos quais se deve fazer a relação com o SNS (GTDCSP, 2012b, p. 3,4, 15).

No segundo documento, sublinha-se a “vontade do Ministério da Saúde e dos profissionais em clarificar e desenvolver o conceito de «Enfermeiro de Família»” e a identificação do ponto forte da reorganização dos CSP “Praxis diária de mais de 2.300 enfermeiros de família nas já 338 USF em atividade, em contexto de equipa multiprofissional de saúde da família-base incontornável para a job description e edificação da disciplina e do perfil do enfermeiro de família” (GTDCSP, 2012c, p. 8,3).

Na sequência do Despacho n.º 10321/2012, acima mencionado, é publicado o Decreto-Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto, que estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de CSP, nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cuja implementação decorrerá de experiências piloto.

A nível do ensino de enfermagem, nomeadamente dos Cursos de Licenciatura em enfermagem (CLE), dada a autonomia pedagógica e científica que as instituições de ensino de enfermagem possuem, não foi possível identificar os conteúdos da enfermagem de família nos planos de estudos, acreditando-se que seja uma integração recente e heterogénea, conforme verificado por Figueiredo (2009), num estudo que realizou em cinco instituições do país. Nesse estudo, através da análise dos planos de estudos dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem (CLE), a autora identificou uma grande diversidade nas cinco instituições, sendo expressos conteúdos relacionados com a família em apenas 26% da totalidade das unidades curriculares de ensino teórico, incluindo objetivos, conteúdos e/ou bibliografia. A nível dos ensinamentos clínicos, verificou que este valor se situa entre 0% e 75%.

Finalizado este capítulo onde foram abordados os percursos políticos e destacados alguns marcos importantes para o desenvolvimento da enfermagem de família, pretende-se agora apresentar outros contributos que também influenciaram esse desenvolvimento, nomeadamente diferentes teorias e modelos teóricos.

CAPÍTULO II - CONTRIBUTOS TEÓRICOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Após o enquadramento dos contextos, das políticas e das práticas orientadas para a família, pretende-se apresentar uma contextualização de alguns contributos teóricos para o desenvolvimento da enfermagem de família.

Analisar a enfermagem enquanto disciplina implica conhecer: os conteúdos e processos relacionados com as funções desempenhadas pelos enfermeiros; as teorias desenvolvidas para descrever, explicar e prescrever; as pesquisas relacionadas com o fenómeno central da disciplina e o conhecimento de disciplinas análogas, essenciais para enquadrar os membros da disciplina em torno do domínio do conhecimento da enfermagem (Meleis, 2012).

Para o desenvolvimento da enfermagem de família contribuíram os pressupostos das teorias de enfermagem e de outras disciplinas do saber, nomeadamente das ciências sociais e da terapia familiar (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009).

As correntes do pensamento em enfermagem constituem diferentes formas de conceptualizar os cuidados à luz dos distintos paradigmas sociais, políticos e científicos. A teoria em enfermagem veio proporcionar conhecimentos tendo em vista não só a sustentação da prática clínica, mas também a garantia da autonomia profissional, por meio de orientações para as funções de assistência, de educação e de investigação (Marriner, 1989).

Vários teóricos analisam e sistematizam a teoria de enfermagem, de acordo com as diferentes correntes do pensamento. Nesta perspetiva, Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (2001) propõem uma classificação em três diferentes paradigmas (paradigma da categorização, paradigma da integração e paradigma da transformação), onde integram o desenvolvimento do pensamento em enfermagem no desenvolvimento do pensamento científico, nas diferentes épocas.

O **paradigma da categorização** integra o pensamento do séc. XIX, marcado pelos francos avanços técnicos e científicos que impulsionaram as disciplinas de medicina e biologia, destacando-se evidências à corrente positivista. Este paradigma caracteriza-se por perspetivar os fenómenos isolados do contexto, entendendo-os como definidos e mensuráveis.

Neste paradigma, encontram-se duas distintas orientações. Uma para a *saúde pública*, em que se valorizam as medidas de higiene e salubridade em geral, que se interessa pela *pessoa* e pela *doença*, e outra para a *doença*, estreitamente ligada

à *prática médica*. A *pessoa* é entendida como um todo formado por diversas partes e o ambiente, um elemento separado da pessoa. Neste contexto, os *cuidados* centram-se na tarefa. Dentro deste paradigma encontra-se *Nightingale* (Kérouac *et al.*, 2001), que, para Hanson (2005) foi a primeira teórica que incorporou a *família* nos cuidados de enfermagem, uma vez que a considerava como influência positiva e/ou negativa no indivíduo.

O **paradigma da integração** caracteriza o pensamento da segunda metade do séc. XX, quando se iniciou o desenvolvimento dos primeiros modelos e teorias de enfermagem. Este paradigma, influenciado ainda pela corrente positivista, continua a considerar as manifestações como partes integrantes dum fenómeno. No entanto, diferencia-se do paradigma da categorização uma vez que se considera que, para se poder compreender e analisar um fenómeno, é imprescindível conhecer o *contexto* onde ele acontece.

O *ambiente* é constituído pelos diversos contextos onde a pessoa vive, bem como pelas interações entre o ambiente e a pessoa, que se desencadeiam por estímulos positivos ou negativos. Estas *interações são circulares*, sendo exemplo o *apoio familiar*. Se o apoio familiar constituir um ambiente positivo, favorece o desenvolvimento saudável, por outro lado, se o ambiente constituir um estímulo negativo, cria um ambiente que dependerá das capacidades de adaptação da família. Neste paradigma, a organização dos *cuidados* está centrada no trabalho em equipa, em que o desenvolvimento das atividades se faz pela competência que os profissionais possuem. Esta corrente teve influência pelo desenvolvimento da psicologia, nomeadamente pelas teorias da motivação, de Maslow e pela terapia orientada para o cliente, de Rogers. Foram impulsionadores os teóricos como *Henderson*, *Orem* (escolas das necessidades), *Peplau* (escola da interação) (Kérouac *et al.*, 2001).

O **paradigma da transformação** emerge na década de 70. Neste paradigma, cada fenómeno é analisado como único, com uma estrutura global em interação com o que o rodeia. A *pessoa é vista* como um *ser único*, com múltiplas dimensões indissociáveis que formam a unidade integrada no seu universo e está em relação mútua e simultânea com o seu ambiente, reconhecendo-se a influência deste sobre ela. O *ambiente* é composto pelo universo de que a pessoa faz parte. A *saúde* é considerada como uma *experiência* que engloba a unidade: ser humano-ambiente ou meio próximo. A saúde integra-se na vida mista do indivíduo, na *família* e nos grupos sociais que influenciam o ambiente particular (Martin, 1984, citado em Kérouac *et al.*, 2001).

A abertura para o mundo influencia também a forma de organização dos cuidados, passando estes a serem globais e integrados, dando aos enfermeiros a responsabilidade total pelos cuidados da pessoa. Nesta orientação, os enfermeiros têm de compreender

os processos, os problemas e as circunstâncias das pessoas ao longo do ciclo de vital e em todas as situações de vida. Neste contexto, e, segundo estes autores, encontra-se o enfermeiro como gestor de casos. Incorporam os princípios desta corrente a *revalorização da relação e da saúde*, tendo tido influência a declaração de Alma-Ata. O enfoque dos cuidados de enfermagem passa do individual para o coletivo, incluindo-se a *família* e a comunidade e tendo como finalidade ajudar a encontrar os elementos de resposta na satisfação das necessidades de saúde e do desenvolvimento económico (Fontaine citado em K rouac *et al.*, 2001).

Esta forma de perspetivar a interven o profissional foi orientada pela teoria geral dos sistemas de Bertalanffy em 1968, em que o ser humano está em mútua rela o com a natureza significando que cada elemento do universo interatua com os outros elementos. Podemos encontrar teorias propostas por *Newman (escola dos efeitos desejáveis)*, *Allen (escola da promo o da saúde)*, *Rogers e Parse (escola do ser humano unitário)* e *Watson (escola do cuidado humano)* e cuidado transcultural de *Leiniger* (K rouac *et al.*, 2001).

Após a abordagem às correntes do pensamento em enfermagem, apresentam-se os fundamentos multidisciplinares que contribuíram para a constru o e desenvolvimento da enfermagem de família.

1 - FUNDAMENTOS MULTIDISCIPLINARES

Enquadram-se nos fundamentos multidisciplinares as teorias das ciências sociais e da terapia familiar, importantes contributos para o desenvolvimento da enfermagem de família.

A partir da primeira metade do século XX, início dos anos 50, proliferaram as teorias das ciências sociais e organizou-se o conhecimento sobre a família. As teorias sociais da família contribuíram para a constru o do saber “(...) *dos fenmenos da família, como a fun o familiar, o intercâmbio entre ambiente e família, intera es e dinâmicas dentro da família, altera es ocorridas na família ao longo dos tempos e a rea o desta  saúde e  doen a*” (Hanson, 2005, p. 42,43).

Das diversas teorias das ciências sociais, Hanson (2005, p. 45) considera as teorias estrutural-funcional, dos sistemas, interativa, do desenvolvimento, da mudan a e do stresse como fortes correntes que influenciaram não são o desenvolvimento das teorias da terapia familiar, como as teorias e os modelos de enfermagem de família.

O contributo da **teoria estrutural-funcional** salienta-se pela orienta o nas dimensões estrutural e funcional da família. Nesta teoria, a família é entendida como um sistema social, um pequeno grupo que possui características comuns a todos os pequenos

grupos e que desempenha funções para os indivíduos e para a sociedade. Os membros da família agem de acordo com as normas e valores que integraram através da socialização. Neste sentido, a análise familiar tem como foco as relações entre os membros da família, entre os membros da família com o todo e ainda as relações da família com as diferentes instituições sociais (Idem).

Outro importante contributo é a **teoria dos sistemas**, desenvolvida pelo biólogo Bertalanffy, a partir dos anos 30, na tentativa de encontrar um modelo científico explicativo do comportamento de um organismo vivo, teoria que tem sido aplicada por vários teóricos da área das ciências sociais. Segundo esta teoria, a família é considerada como um sistema composto por um conjunto de elementos interativos e interdependentes, contribuindo para a manutenção do equilíbrio do sistema. A família é constituída por vários subsistemas (constituídos por um ou mais elementos) que se influenciam mutuamente, existindo fronteiras e hierarquias entre os elementos. Nesta perspetiva, o sistema familiar também estabelece relações com o ambiente circundante, defendendo-se que uma alteração num dos elementos do sistema interno ou externo provoca alterações na família e a família provoca alterações em cada um dos seus elementos (Hanson, 2005; McEwen & Wills, 2009; Stanhope & Lencaster, 1999).

A importância desta teoria assenta nos diferentes princípios adotados como pressupostos de diferentes modelos de enfermagem de família, como se apresentarão no ponto 3 deste capítulo, designado: Modelos de enfermagem de família.

A **teoria interativa** designada também por interação simbólica é oriunda da psicologia social e da sociologia e integra um dos pressupostos importantes para a abordagem da enfermagem de família. Nesta teoria, a família é entendida como uma unidade constituída por personalidades interativas. O foco são as dinâmicas internas da família, onde se inscrevem os processos de comunicação, os papéis desempenhados pelos elementos, as tomadas de decisão, a resolução de problemas, bem como padrões de socialização. Contudo, há a salientar que nesta teoria não é valorizado o nível externo ou ambiente onde a família se insere (Hanson, 2005). Os seus contributos para a enfermagem de família residem principalmente na importância das dinâmicas internas da família, dimensão que integra vários modelos de enfermagem de família.

A **teoria do desenvolvimento** teve origem nos estádios de desenvolvimento propostos principalmente por Erikson e por Piaget. De acordo com esta teoria, os indivíduos desempenham diversas funções de acordo com o estágio de desenvolvimento em que se encontram, sendo que o sucesso do desenvolvimento destas funções “*leva à felicidade e ao sucesso das tarefas posteriores*” e o insucesso no desenvolvimento das tarefas “*conduz à infelicidade, à reprovação e à dificuldade em conseguir realizar tarefas ulteriores*” (Idem, p. 48).

Baseados nestes princípios, outros teóricos, como são exemplo Evelyn Duvall, Mónica McGoldrick e Randy Gerson, e, no caso português, Paula Relvas, desenvolvem estudos aplicados ao desenvolvimento da família como uma unidade. Propõem ciclos de vida familiar e identificam tarefas familiares gerais de cada estágio do desenvolvimento familiar, iniciando com a formação da família e terminando com a morte. O desenvolvimento da família realiza-se ao longo dos diferentes estádios, demarcados pelas entradas e saídas de elementos na família, pela adoção de novas tarefas de desenvolvimento a realizar e pelo posicionamento dos filhos na família (quando existem) (Hanson, 2005; Relvas, 1996).

A teoria do desenvolvimento constitui outro dos importantes contributos para os modelos de avaliação e intervenção em enfermagem da família, sendo o desenvolvimento evidenciado também como dimensão de diferentes modelos.

A **teoria da mudança** constitui outro importante contributo. Foi desenvolvida com base na autopoiese e na biologia do conhecimento por Maturana e Varela (1992), teorias enquadradas no pensamento sistémico. Um dos importantes pressupostos desta teoria reside no facto de se considerar que, ao longo do ciclo vital das famílias, os sistemas interagem e encontram-se em constante desenvolvimento, conseguindo o equilíbrio por um contínuo processo de homeostasia. Segundo esta teoria, a mudança no sistema família é gerada por estímulos internos e externos ao próprio sistema e ocorre como uma compensação pelas perturbações, com o propósito de manter a estabilidade no sistema.

Neste sentido, Watzlawick, Weakland e Fisch, acrescentam que a mudança pode ser classificada em “*mudança de primeira ordem*”, quando o sistema permanece igual, embora ocorra mudança em alguns dos seus membros (ou subsistemas) ou “*mudanças de segunda ordem*”, quando resultam alterações qualitativas da estrutura do sistema que exigem a sua reorganização. Na perspetiva dos mesmos autores, ambos os tipos de mudança são necessários para manter a estabilidade do sistema (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009).

Wright e Leahey (2009) acrescentam que a mudança é determinada pela sua estrutura, que a mudança depende do contexto, que só a compreensão não leva à mudança e, que a mudança não ocorre necessariamente da mesma maneira em todos os elementos da família.

Esta teoria incorpora os constructos da teoria das transições que será apresentada no ponto 3: Escolas do pensamento de enfermagem.

A **teoria do stresse** da família constitui outra das teorias fundamentais para o desenvolvimento da enfermagem de família. Foi criada por Ruben Hill (Hanson, 2005),

quando investigou os efeitos da separação e reencontros das famílias causadas pela 2ª Guerra Mundial, concluindo que o stresse causado pela separação levava à crise, e esta, por sua vez, a um declínio no funcionamento da família ou mesmo a uma desorganização familiar, embora esta fosse seguida de recuperação e ascensão para um novo nível de organização familiar.

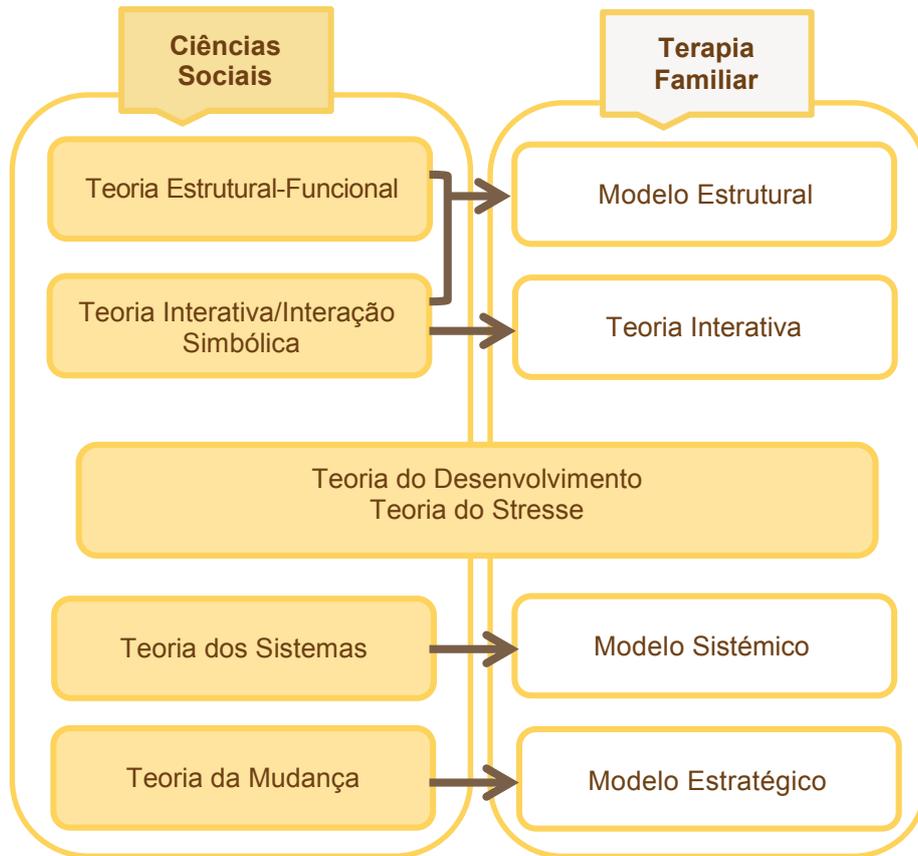
Hill considera que um acontecimento stressante provoca mudanças dentro do sistema familiar e que este possui recursos que lhe permitem lidar com esses fatores, como a “(...) fé religiosa, os recursos financeiros, o apoio social, a saúde física, a flexibilidade da família, e os mecanismos de coping (...)”. Por outro lado, considera que a forma como a família sente o acontecimento determina o modo como ela vai lidar com o mesmo (Idem, p. 47).

Esta teoria evidencia não só a importância dos recursos das famílias para fazer face à situação de mudança, como também a influência das relações entre os subsistemas familiares e destes com os sistemas mais amplos.

As teorias das ciências sociais têm constituído um notável suporte à investigação na área da família nas diversas disciplinas do conhecimento. Contudo, para o desenvolvimento da enfermagem de família, os contributos das ciências sociais associados às teorias da terapia familiar fortalecem não só a teoria, como também a prática, a investigação e a educação em enfermagem (Ibidem).

Existem vários modelos e teorias da terapia familiar que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem de família e que emergiram também das teorias das ciências sociais. Na figura seguinte procura-se relacionar essas teorias.

Figura 1 - Relação das teorias das ciências sociais com os modelos/teorias da terapia familiar



A **teoria estrutural** foi criada por Salvador Minuchin (1974) e é utilizada como modelo em terapia familiar. Nesta teoria, a estrutura familiar é definida como um conjunto invisível de necessidades funcionais que organiza o modo como os elementos da família interagem (Minuchin, citado em Sampaio & Gameiro, 2005). O sistema familiar é constituído por subsistemas que operam através de padrões transacionais, nos quais as transações repetidas estabelecem protótipos de como, quando e com quem interagem os indivíduos. Nestes subsistemas existem limites interacionais que permitem que cada indivíduo saiba o que esperar dos outros e/ou de si próprio, bem como o que os outros podem esperar dele. Saliente-se que esses limites interacionais são permeáveis, facultando assim a passagem seletiva de informação. Desta forma, podem existir diferentes interações dentro do mesmo sistema: relações horizontais (as que ocorrem dentro do mesmo subsistema, por exemplo: entre pai e mãe) e relações verticais (as que ocorrem entre diferentes subsistemas, por exemplo: entre pais e filhos) (Alarcão, 2000).

Esta teoria baseia-se na teoria estrutural-funcional e na teoria interativa, resumidas anteriormente, e constitui um importante contributo para o desenvolvimento da enfermagem de família, uma vez que proporciona e evidencia a importância funcional

da família, nomeadamente pela compreensão das relações entre os seus elementos, condição indispensável nos cuidados de enfermagem, quando estes têm como alvo a intervenção na família.

Na perspetiva da **terapia familiar sistémica/modelo sistémico**, a família é considerada um sistema, um conjunto de elementos ligados por relações em contínua ligação com o exterior, que mantém o equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento através dos vários estádios de evolução (Sampaio citado em Sampaio e Gameiro, 2005). Nesta corrente, o terapeuta é um agente catalisador que, através da sua ação, provoca um desequilíbrio transitório na família, de modo a que ela possa criar uma nova estrutura de funcionamento e um novo modelo relacional. O grande objetivo é conseguir modificações nos processos de comunicação e modelos de interação, de forma a corrigir a disfunção no sistema (Sampaio & Gameiro, 2005).

Murray Bowen (criador do modelo transgeracional) foi um dos impulsionadores da teoria e terapia dos sistemas familiares. Tinha como finalidade conceber um modelo teórico de compreensão do sistema familiar e das patologias explicáveis pela interdependência familiar encontrando a compreensão etiológica familiar, pela transmissão intergeracional. Neste sentido, segue o paradigma sistémico, uma vez que defende que é importante entender o indivíduo através da forma como se posiciona e relaciona no sistema (Relvas, 1999).

Outra das teorias da terapia familiar é a **terapia familiar estratégica** que, na perspetiva de Relvas (1999), consiste mais num modelo (uma vez que orienta para um conjunto de práticas) do que numa teoria. Dentro desta perspetiva, existem várias abordagens de diferentes autores que se enquadram nesta terapia. Destacam-se, como aspetos unificadores, a importância atribuída à comunicação e à componente estratégica (em que o terapeuta define objetivos claros para a resolução do problema e a posição do terapeuta enquanto agente de mudança para a resolução do problema). Na opinião da autora, a terapia familiar estratégica é baseada na teoria da mudança.

Hanson (2005) define esta perspetiva como uma **teoria interativa**, onde a família é considerada como um sistema de comportamentos interativos ou processamento de comunicações. Todo o comportamento tem um valor de comunicação. A comunicação pode ter a função de ligação positiva entre os indivíduos, comunicação saudável, ou contribuir para afastar ou criar um écran de incompreensão entre os indivíduos, comunicação patológica. Neste sentido, os problemas emocionais são consequências da forma como as pessoas interagem dentro do contexto familiar.

Em suma, apesar das várias teorias/modelos apresentados, a noção de família como sistema é comum a todas, podendo ainda salientar-se de idêntico a influência externa que pode ser perturbadora e as forças internas que contribuem para a autorregulação, numa interação de equilíbrio dinâmico entre exterior e interior. Neste sentido, a família

não pode ser vista em dissociação com as suas partes, contribuindo todos os elementos, da mesma forma, para o seu desenvolvimento e adequado funcionamento. A família é um sistema em constante desenvolvimento e mudança ao longo do ciclo vital.

Estas e outras perspetivas comuns e complementares serão apresentadas seguidamente numa abordagem às diferentes teorias da enfermagem que, conjuntamente com as teorias sociais e da terapia familiar, contribuirão para o desenvolvimento da enfermagem de família.

2 - ESCOLAS DO PENSAMENTO DE ENFERMAGEM

As escolas do pensamento em enfermagem resultaram também da influência de contributos multidisciplinares, no desenvolvimento dos conceitos e pressupostos enquadrados nos diferentes modelos.

Com o propósito de organizar a abordagem às diferentes teorias de enfermagem, utiliza-se a sistematização proposta por Kérouac *et al.*, (2001), orientada pelas escolas de pensamento. Assim, apresentam-se de forma resumida as diferentes escolas: escola das necessidades, escola da interação, escola dos efeitos desejáveis, escola da promoção da saúde, escola do ser humano unitário, escola do cuidado e escola das transições.

ESCOLA DAS NECESSIDADES - integram-se o modelo das necessidades fundamentais de Henderson e o modelo do autocuidado de Orem.

No **modelo das necessidades fundamentais de Henderson** os *cuidados* constituem a ajuda que os enfermeiros proporcionam às pessoas na realização das suas atividades, relacionadas com a satisfação das suas necessidades fundamentais. A *pessoa* é considerada um todo completo que apresenta catorze necessidades fundamentais e tende para a sua independência na satisfação delas, “*o doente e a sua família são uma unidade*” (Tomey & Alligood, 2004, p. 115). A *saúde* é definida como a capacidade da pessoa em satisfazer as necessidades de forma independente e o *ambiente* é constituído pela natureza e o meio que atua de forma positiva ou negativa sobre a pessoa (Kérouac *et al.*, 2001). Nesta perspetiva, revela-se a importância do ambiente e da interação deste com a pessoa, induzindo-se que a família constitui uma parte do ambiente (o meio), para além da natureza.

No **modelo de Orem**, os *cuidados* constituem um serviço especializado dos enfermeiros, centrado na pessoa que tem incapacidade de realizar os seus autocuidados, sendo necessário que os enfermeiros a ajudem a superar as limitações para os autocuidados. A *saúde* é um estado de integridade dos diferentes sistemas e dos

modos de funcionamento biológico, simbólico e social do ser humano. O *ambiente* constitui o conjunto de fatores externos que influenciam a pessoa na decisão de empreender os autocuidados ou sobre a capacidade em exercê-los. Neste sentido, a *família* é considerada como contexto, em que o foco da atenção dos enfermeiros está centrado no papel que a família desempenha para que os seus elementos alcancem o autocuidado (Hanson, 2005, p. 45; Kérouac *et al.*, 2001).

O desenvolvimento de estudos realizados por Orem levou à construção de teoria com a integração de outros conceitos. O conceito de *individuo* como unidade social e o conceito de *sistema de enfermagem*, considerado como sistema de ação concebido por enfermeiros através do exercício da sua atividade para pessoas ou para as famílias com limitações no autocuidado, ou cuidar dependente. O desenvolvimento destes conceitos originou a evolução das suas teorias na seguinte sequência: *Teoria dos Autocuidados, Deficit de Autocuidados e Sistemas de Enfermagem* (Tomey & Alligood, 2004). Para além destes conceitos, emergiu ainda o conceito de *relações*, entendidas como comunicação e intercâmbio contínuos entre os seres humanos e os ambientes para permanecerem vivos e funcionantes (Mc Ewen & Wills, 2009).

Este conceito parece revelar a emergência de uma nova dimensão, a importância das relações no bem-estar e no desenvolvimento dos indivíduos, o que favorece a apreciação das famílias ao longo do ciclo vital, podendo identificar-se nesta escola a importância da comunicação, teoria interativa/ comunicação de Palo Alto.

ESCOLA DA INTERAÇÃO - Foi inspirada nas teorias da interação, fenomenologia e existencialismo. Nesta escola, o *cuidado* é definido como ação humanitária, onde os enfermeiros, com os seus conhecimentos, devem manter a integridade da pessoa, que, por sua vez, é capaz de reconhecer as suas necessidades. A *doença* é uma experiência humana que pode permitir o crescimento da pessoa, se a pessoa compreender o seu significado. Neste sentido, é introduzida a subjetividade nos cuidados de enfermagem. Algumas teóricas desta escola são Hildegard Peplau (*Teoria das Relações Interpessoais de Peplau*), Imogene King (*Teoria da Consequência do Objetivo*), Ida Orlando, Joyce Travelbee e Ernestine Wiedenbach.

Na **teoria das relações interpessoais de Peplau**, os *cuidados* são descritos como um processo interpessoal terapêutico, caracterizando-se por uma relação humana de ajuda entre a pessoa e o enfermeiro, que possuem o mesmo objetivo, implicando respeito, desenvolvimento e aprendizagem. A *pessoa* está em desenvolvimento constante e tem a capacidade de compreender a sua situação e de transformar a sua ansiedade em energia positiva para responder às suas necessidades. A *saúde* é a representação do movimento contínuo da personalidade e de outros processos humanos em direção a uma vida pessoal e comunitária, criativa, construtiva e

produtiva. O *ambiente* é constituído por forças existentes no exterior do organismo e no contexto da cultura, nos quais são adquiridos a moral, os costumes e as crenças (Kérouac *et al.*, 2001; Tomey & Alligood, 2004).

Nesta teoria, é revelada também a importância do ambiente enquanto influenciador do bem-estar, integrando nele a cultura, a moral, os costumes e crenças, componentes da primeira socialização dos indivíduos e integrantes das funções familiares.

Imogene King (1981-1987) desenvolveu a **teoria da consecução do objetivo**, a partir da teoria dos sistemas. Inicialmente para King, a *família* era vista como contexto, e definida "(...) *como um pequeno grupo de indivíduos todos ligados entre si para socializar os membros.*" Posteriormente, a teórica considerou a família como um sistema interpessoal e social. Esta teoria incluiu entre outros conceitos: *interação, comunicação, transação, papel, crescimento e desenvolvimento* (Hanson 2005, p.55). Neste sentido esta teoria pode ser vista também como teoria interativa.

ESCOLA DOS EFEITOS DESEJÁVEIS - Na perspetiva da escola dos efeitos desejáveis, o objetivo dos cuidados consiste em reestabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostasia ou preservar a energia. As teorias que lhe deram origem foram a teoria de adaptação e desenvolvimento e a teoria geral dos sistemas, sendo as teóricas de enfermagem desta corrente Callista Roy (Modelo de Adaptação de Roy), Betty Neuman (Modelo de Sistemas de Neuman), Dorothy Johnson, Lydia Hall e Myra Levine (Kérouac *et al.*, 2001).

De entre as várias teóricas, Callista Roy, utiliza a teoria dos níveis de adaptação de Helson (1964) e a teoria geral dos sistemas de Bertalanffy (1968) como base do seu modelo conceptual, denominado modelo de adaptação de Roy. Os princípios filosóficos subjacentes ao modelo são o humanismo, inspirado em Maslow e as dimensões subjetivas da experiência humana, essenciais para o conhecimento da pessoa e da sua valorização (Kérouac *et al.*, 2001). Neste modelo, a pessoa é entendida como um ser biopsocossocial em interação constante com o ambiente. A pessoa adapta-se aos estímulos provocados pelas mudanças de ambiente, com mecanismos de adaptação inatos ou adquiridos, biológicos, psicológicos e sociais. A adaptação depende dos estímulos aos quais a pessoa está exposta e do seu mecanismo de adaptação. A pessoa é um sistema adaptativo que utiliza processos internos para atingir os seus objetivos. Os sistemas humanos incluem tanto pessoas como famílias (Tomey & Alligood, 2004).

Os cuidados centram-se na promoção da adaptação da pessoa aos estímulos, pelo que a intervenção é realizada no sentido de manter as respostas de adaptação da pessoa e de modificar as que são ineficazes, manipulando os estímulos. Os enfermeiros modificam, aumentam, diminuem ou mantêm os estímulos, para que

a pessoa apresente respostas eficazes de adaptação. A saúde é um estado e um processo que permite à pessoa ser ou tornar-se um todo unificado. O processo de saúde consiste no esforço constante que a pessoa realiza para alcançar o máximo potencial de adaptação. O ambiente constitui o conjunto de circunstâncias, de situações e de influências que podem influenciar ou modificar a aparência de comportamentos específicos das pessoas ou grupos (Kérouac *et al.*, 2001).

Vários autores consideram que o conceito de *família* no modelo de adaptação de Roy nem sempre teve o mesmo significado. Inicialmente a família era entendida como contexto que influencia a adaptação do indivíduo em momentos de mudança e mais tarde, em 1981, a família é vista como um sistema adaptativo, em que o enfermeiro assiste as famílias no processo de adaptação. *Ambiente* e *coping* surgem como elementos importantes na enfermagem de família (Hanson, 2005). Os humanos são entendidos como sistemas de adaptação holísticos, onde se inclui a família (Tomey & Alligood, 2004).

Betty Neuman foi autora do **modelo de sistemas de Neuman**. Como sustentação do modelo, dentro das teorias das ciências sociais, encontram-se a teoria dos sistemas e a teoria do stresse. A *pessoa* é definida como cliente/sistema de cliente que pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social (Tomey & Alligood, 2004). A *família* é definida como um grupo de duas ou mais pessoas que cria e mantém uma cultura comum com o objetivo da continuidade (Neuman, citada em Hanson, 2005). A família é um sistema composto por subsistemas de membros da família, constituindo o objeto do seu modelo as relações entre os elementos da família, ou subsistemas. Quando a família se expõe a fontes de pressão que interferem com a sua estabilidade e bem-estar, o sistema familiar é ameaçado, sendo o principal objetivo da família manter a estabilidade por meio da preservação da sua estrutura.

ESCOLA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - Nesta escola enquadra-se o *Modelo de Promoção da Saúde da Família*, criado por Moyra Allen. Este modelo é também denominado por *Modelo de McGill* e é considerado um modelo conceptual e um modelo de intervenção.

Foi inspirado no modelo sistémico. Os *cuidados* têm como objetivo a promoção da saúde e o desenvolvimento da saúde da *família* e dos seus membros por ativação dos seus processos de aprendizagem, com o objetivo de ajudar as famílias a utilizar os recursos ou forças de cada elemento, como uma unidade ou como recursos externos ao sistema familiar (Kérouac *et al.*, 2001; Wright & Leahey, 2009). Os *enfermeiros* desempenham os papéis de agentes facilitadores, estimuladores e motivadores para a aprendizagem, tendo como princípios de relação a negociação, colaboração e coordenação.

A pessoa é ou pode ser conceptualizada como a família, que possui uma forte influência sobre os seus membros e inversamente cada membro sobre a família. O indivíduo e a família são sistemas abertos em interação constante com o ambiente e com a comunidade. As mudanças num ou noutro sistema ocasionam mudanças nos outros sistemas e nas suas interações. A família é ativa e tende a resolver os seus problemas. Aprende com as suas próprias experiências, o que lhe permite cumprir os objetivos que lhe são propostos.

A saúde é o componente central do modelo. Saúde e doença são consideradas entidades distintas que coexistem. A ótima saúde é a presença de muitos elementos de saúde e ausência de doença. A saúde é um processo social que compreende os atributos interpessoais e os processos de aprendizagem, dos quais fazem parte o *cooping* e o desenvolvimento da família e dos seus membros. O objetivo do *cooping* está no domínio ou resolução do problema. O ambiente é o contexto em que a saúde e os hábitos de saúde se apreendem. A aprendizagem da pessoa pode fazer-se em diversas situações e em diferentes locais como a escola, hospital ou trabalho. A pessoa e o ambiente estão em constante interação (Kérouac *et al.*, 2001).

ESCOLA DO SER HUMANO UNITÁRIO - Esta escola foi integrada por Martha Rogers baseando-se em teorias da física e na teoria geral dos sistemas para desenvolver o Modelo Concetual do Ser Humano Unitário. Outras teóricas incluídas nesta escola foram Margaret Newman e Rosemarie Rizzo Parse, que, utilizando fontes filosóficas do existencialismo e fenomenologia, construíram modelos (Idem).

Martha Rogers considera que o objetivo dos enfermeiros consiste em promover a saúde e bem-estar de todas as pessoas em qualquer contexto. A pessoa é reconhecida como um ser humano unitário que é maior do que a soma das suas partes e diferente destas. A pessoa é um sistema aberto, um campo de energia que muda constantemente. A saúde é um valor que muda consoante as pessoas e as culturas. A saúde integra o bem-estar, a autorrealização, a atualização e realização do potencial das pessoas por uma participação consciente na mudança. O ambiente é um sistema aberto e um campo de energia em mudança contínua (Ibidem). A teoria de Rogers, inicialmente focada no indivíduo, passou pela mesma autora a ser focada na família como um todo, um sistema aberto em constante troca com o ambiente (Hanson, 2005).

ESCOLA DO CUIDADO - Nesta escola integram-se Jean Watson e Madeleine Leininger. As teóricas desta escola defendem que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados se incluírem conhecimentos da dimensão da espiritualidade e da cultura nos cuidados (Kérouac *et al.*, 2001).

Leininger desenvolveu a Teoria de Cuidado Cultural, na qual a enfermagem é definida como ciência do cuidado, devendo focar não somente a relação enfermeira/cliente, mas também envolver e interagir com família, grupos, comunidades, culturas

completas e instituições (instituições mundiais de saúde, desenvolvimento de políticas e práticas de enfermagem internacionais). Advoga que, em culturas não ocidentais, a família e as instituições prevalecem sobre a pessoa.

Para Madeleine Leininger, o *cuidado* é a ciência e a arte humanista, centradas nos comportamentos, nas funções e processos de cuidados personalizados dirigidos à promoção e conservação de comportamentos de saúde ou recuperação, preservando, adaptando e reestruturando os cuidados culturais. A *pessoa* é definida por um ser cultural que sobreviveu ao tempo e ao espaço e tem a tendência natural para cuidar dos que a rodeiam. *A pessoa representa os indivíduos, as famílias e os grupos naturais. A saúde* compreende crenças e valores de atuar reconhecidos culturalmente e utilizados com o fim de preservar e manter o bem-estar de uma pessoa ou de um grupo e permitir a realização das atividades quotidianas. O *ambiente* inclui todos os aspetos contextuais que se encontram nos indivíduos e nos grupos culturais (Kérrouac *et al.*, 2001).

ESCOLA DAS TRANSIÇÕES - Nesta escola integra-se a *Teoria das Transições de Meleis* que, baseada na teoria da mudança, advoga que os conceitos fundamentais para o domínio de enfermagem são: enfermagem; cliente; transições; interação; processo de enfermagem; ambiente; terapêuticas de enfermagem e saúde.

Na perspetiva da autora, os enfermeiros interagem (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doente (cliente de Enfermagem) que está numa parte integral do seu contexto sociocultural (ambiente que engloba os campos de energia, os sistemas sociais, a família, a sociedade e a cultura e tudo o que envolve o cliente onde se integra também o enfermeiro) e que está a vivenciar uma transição (transição), sendo que as interações estão organizadas em torno de um fim (processo de Enfermagem, resolução de problemas ou avaliação holística) para favorecer, trazer ou facilitar a saúde (saúde) (Meleis, 2012).

As transições podem ser consideradas de quatro tipos: transições que decorrem de situações previsíveis; transição desenvolvimental (associada ao desenvolvimento ao longo do ciclo vital) e transições relacionadas com situações imprevisíveis, associadas ao processo saúde/doença, situacionais (relacionadas com situações que originam a mudança de papéis), ou organizacionais (representam transições no ambiente social, político ou económico) (Meleis, 2010).

A forma como cada pessoa lida com uma transição e a forma como o ambiente afeta este processo são questões fundamentais para a enfermagem, constituindo objetivo dos cuidados maximizar as forças, bens e potenciais do cliente ou procurar contribuir para o restabelecimento no cliente de níveis ótimos de saúde, funcionalidade e realização pessoal. A cooperação e a adaptação são conceitos multidisciplinares e interdisciplinares (Meleis, 2010; 2012).

Para a mesma autora, é importante distinguir-se o conceito de mudança do conceito de transição. A transição envolve mudança, mas nem todas as mudanças representam uma experiência de transição, sendo por isto importante que o enfermeiro avalie os efeitos e os significados da mudança, para compreender o processo de transição.

Em todas as teorias e modelos de enfermagem, desenvolvidos por diferentes autores nas distintas escolas de pensamento, apresentados anteriormente se constata a evolução dos conceitos e a integração do conceito de família, sob diferentes perspectivas, integrando ora o conceito de pessoa/cliente, ora integrando o conceito de ambiente. Na perspectiva de Ângelo (1999), a ênfase crescente na família constitui o resultado da mudança da maneira como ela é percebida no contexto de saúde, ultrapassando as concepções utilitárias que se atribuíam à família, quando era vista unicamente como um bem para o paciente e quando a sua presença era considerada e, às vezes, tolerada em especial em contextos de cuidados de saúde, levando-se em conta o seu papel afetivo na recuperação do familiar doente.

A mesma autora defende que é necessário mais do que emoção para trabalhar com famílias, é necessário utilizar guias internos mais efetivos, desenvolvendo-se e aplicando-se modelos conceptuais mais amplos para uma prática avançada com famílias.

3 - MODELOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

A integração das diversas teorias nas práticas de cuidados com as famílias oferece aos enfermeiros uma visão eclética para a abordagem às famílias. Na perspectiva de Hanson (2005, p. 57), a integração das várias teorias permite que os enfermeiros *“vejam as famílias, a partir de uma variedade de perspectivas que aumentam a probabilidade das intervenções selecionadas serem implementadas pela família, porque se «encaixam» na estrutura, processos, e estilo de funcionamento daquela família”*, o que permite aos enfermeiros adquirir diversas formas de conceptualizar problemas que, por sua vez, influenciam a reflexão sobre as intervenções.

Wright e Leahey (2009) concordam com esta perspectiva, contudo defendem que, em contexto de cuidados, é importante que os enfermeiros adotem uma estrutura conceitual clara, para que possam com maior facilidade sintetizar os dados para identificarem as forças e os problemas das famílias, planear as intervenções e proporcionar um foco para a intervenção.

As teorias de enfermagem são uma componente do domínio de enfermagem e fornecem aos enfermeiros diferentes perspectivas da enfermagem e dos fenómenos da

enfermagem. Por seu lado, os modelos têm origem em aceitáveis princípios filosóficos de enfermagem e do desenvolvimento de conhecimento complementar relacionados com os conceitos fundamentais, problemas e objetivos da disciplina (Meleis, 2012).

Neste contexto, após a abordagem às teorias e aos conceitos ou princípios utilizados nelas, pelas diferentes áreas do conhecimento, apresentam-se alguns modelos de enfermagem de família que tiveram origem nesses mesmos princípios e conceitos.

Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF) - Foi construído por Wright e Leahey e publicado em livro com a primeira edição em 1984. Este modelo contempla dois modelos (modelo de avaliação da família e o modelo de intervenção na família) em associação, podendo ser utilizados na prática clínica isoladamente ou em conjunto, consoante a etapa do processo de cuidados. Apresenta como conceito de *família*, “a família é quem os seus membros dizem que são” (Wright & Leahey, 2009; p.48)

O modelo de Calgary de avaliação da família (MCAF) “*é uma estrutura multidimensional, integrada (...) que consiste em três principais categorias*” (estrutural, de desenvolvimento e funcional), com o objetivo de avaliar uma família e ajudá-la a abordar questões de saúde. O modelo de Calgary de intervenção na família (MCIF) compreende uma estrutura organizada para a conceitualização do relacionamento entre enfermeiros e famílias, com enfoque na “*(...) interseção entre o funcionamento dos membros da família e as intervenções oferecidas pelas enfermeiras*” no sentido de ajudar a realizar mudanças e iniciar a “cura” (Wright & Leahey, 2009; p.45 e p.15).

Ambos os modelos (MCAF e MCIF) apresentam como fundamentos: a teoria dos sistemas, a teoria da cibernética, a teoria da comunicação e a teoria da mudança e da biologia da cognição.

O Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar e Inventário das Forças de Pressão do Sistema Familiar foi desenvolvido por Berkey e Hanson em 1991 e Hanson e Mische em 1996 (Hanson, 2005) e baseado no modelo de Betty Newman. Neste modelo, considera-se que as famílias estão sujeitas a tensões causadas por fatores stressantes e a reação da família a estas depende da profundidade com que os fatores stressantes penetram na família, bem como da capacidade desta em manter a estabilidade. Existem linhas de resistência que protegem a estrutura, as funções e os recursos energéticos da família. A adaptação da família constitui o modo como ela preserva ou restaura a estabilidade diminuída após os fatores stressantes terem penetrado nas linhas de defesa, alterando as funções habituais da família.

Este modelo é orientado para três áreas: a área da promoção da saúde (de atividades de bem-estar, identificação de problemas e fatores familiares, nas linhas de defesa

e resistência); a área da reação e estabilidade familiar (nas linhas de defesa e resistência) e a área do restabelecimento da estabilidade familiar e do funcionamento familiar (nos diferentes níveis de prevenção) (Stanhope & Lancaster, 1999).

O Modelo de Resiliência Stresse, Ajuste e Adaptação da Família foi construído por McCubbin e McCubbin em 1993, no sentido de analisar o potencial da família para lidar com situações de crise e compreender os fatores relacionados com o ajustamento e adaptação das famílias a situações de doença. Tem por base a teoria dos sistemas, assemelhando-se ao modelo de Newman, e ao modelo de Rogers, no qual os enfermeiros interagem com as famílias no sentido de padronizar o funcionamento perturbador e reforçar os processos de resiliência e regeneração (Hanson, 2005).

Constituem conceitos centrais deste modelo:

- *Elementos stressores* - as exigências colocadas à família, capazes de provocar mudança no sistema familiar;
- *Tipo de família* - o conjunto de atributos que explicam como o sistema familiar lida com as várias situações que enfrenta;
- *Vulnerabilidade* - entendida como a suscetibilidade da família face a fatores de risco (biológicos, económicos, sociais ou psicossociais);
- *Recursos familiares* - todos os recursos da família para enfrentar as adversidades;
- *Suporte social* - os recursos que as pessoas podem utilizar para se defrontarem com os eventos stressores;
- *Resolução de problemas e as estratégias de coping* - as competências que a família possui e mobiliza para lidar com os fatores stressores, no sentido de adaptação ou contorno das situações de crise ou de rotura familiar;
- *Apreciação cognitiva* - consiste na interpretação que a família faz acerca de um determinado acontecimento ou fator stressor e na capacidade desta em mobilizar os recursos para lidar com o acontecimento.

Neste modelo são consideradas duas fases: a *fase de ajustamento* e a *fase de adaptação*. Na fase de ajustamento, as reações da família aos fatores stressores estão dependentes da vulnerabilidade e dos fatores protetores da família. Estes podem facilitar a estabilidade e a família ultrapassa a situação com facilidade (traduzindo-se em poucas mudanças no sistema familiar), ou, pelo contrário, podem

dificultar o equilíbrio e instalar-se uma situação de crise por não ajustamento, surgindo assim, a fase de adaptação ou pós-crise. Na fase de adaptação às situações de crise (em que os padrões de funcionamento familiar são inadequados para enfrentar as mudanças), a estrutura familiar sofre alterações para fazer face à crise (Peixoto & Martins, 2012).

O Modelo de Avaliação de Friedman foi criado por Friedman (1998) e baseia-se na teoria dos sistemas, na teoria do desenvolvimento e na teoria estrutural-funcional. Neste modelo, existe uma visão macroscópica da família, uma vez que ela é considerada um sistema social com exigências funcionais que desempenha funções úteis quer ao indivíduo, quer à sociedade. É na família que os indivíduos apreendem as normas e valores que interiorizam.

O modelo foi criado com o principal objetivo de constituir um guia orientador para a colheita de dados à família. É composto por seis categorias de avaliação:

- Dados de identificação;
- História e estágio de desenvolvimento familiar;
- Dados do meio ambiente;
- Estrutura familiar (comunicação, estruturas de poder, de papéis e de valores familiares);
- Funções familiares (cuidados afetivos, de socialização e de saúde);
- Adaptação familiar ao *stress* e *cooping*.

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) foi desenvolvido por Figueiredo (2009; 2012), a partir de um percurso de investigação com enfermeiros de família, em contexto de CSP em Portugal. O desenvolvimento deste modelo teve como finalidade responder às necessidades dos enfermeiros portugueses nos cuidados à família, constituindo-se como um referencial teórico e operativo.

Este modelo teve por base a teoria sistémica como referencial epistemológico e os modelos de Calgary de avaliação da família e intervenção na família. Apresenta como conceitos:

- *Família* - "(...) um todo e partes ao mesmo tempo, assumindo características que são mais do que e diferentes da soma das partes"(p.67);
- *Saúde familiar* - "(...) estado subjetivo, é especificada por um conjunto de particularidades associadas à maximização do potencial de saúde da família"(p.68);

- *Ambiente familiar* - “(...) constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, interligados em diferentes níveis estruturais interdependentes que se influenciam e evoluem num padrão de reciprocidade e recursividade (...)”(p.68);
- *Cuidados de enfermagem à família* - “(...) centram-se na interação entre o enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Enfatizam as relações e a reciprocidade, sendo o processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, promovendo a participação dos seus membros em todas as etapas” (Figueiredo, 2012, p. 69)

Ao ultimar a apresentação das diferentes teorias e modelos que têm contribuído para o desenvolvimento da enfermagem de família, pretende-se salientar também a importância das onze conferências internacionais realizadas em diversos países, destacando-se apenas três, que, para além de constituírem excelentes momentos de reflexão e divulgação do conhecimento, deram origem a diversas fontes bibliográficas de referência para o desenvolvimento da enfermagem de família. Destacam-se:

- *1th International Family Nursing Conference*, realizada em 1988, em Alberta, Canadá, sob a coordenação de Lorraine e Wright, da qual resultou a publicação: Bell, J.M., Watson, W.L., & Wright, L.M. (Eds.). (1990). *The cutting edge of family nursing*. Calgary, Alberta, Canada: Family Nursing Unit Publications.
- *3th International Family Nursing Conference*, realizada em 1994, em Montreal, Quebec, Canadá. Desta conferência resultou a primeira edição do *Journal of Family Nursing (JFN)*, fundado em 1995 por Janice Bell (Universidade de Calgary-Canadá). Nesta edição foram publicados nove artigos.
- *11th International Family Nursing Conference*, a última conferência, realizada em 2013, em Minneapolis, Minnesota, intitulada: “*Honoring the Past, Celebrating the Future*”. Nesta conferência realizou-se a primeira reunião oficial e a primeira conferência organizada pela *International Family Nursing Association*. Foi publicado: Bell, J.M. (2013). Highlights from the 11th International Family Nursing Conference, Minneapolis, Minnesota, USA, June 19-22, 2013 [Editorial]. *Journal of Family Nursing*, 19(3), 291-294, doi:10.1177/107484071350022

A análise apresentada às várias teorias que contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem de família remete para diferentes perspetivas de abordagem no processo de cuidados de enfermagem, enaltecendo-se a alteração no foco de atenção da família

inicialmente entendida como contexto ou ambiente (onde se integra o indivíduo/pessoa) para a família compreendida como sistema interativo onde se inclui o indivíduo/pessoa.

Neste sentido, diferentes teóricos interessados pela enfermagem de família concetualizam vários níveis da prática de enfermagem de família que seguidamente se apresentam.

4 - NÍVEIS DA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

Os níveis da prática de enfermagem de família traduzem diferentes tipos de abordagem dos enfermeiros, constituindo ainda hoje divergência nas diferentes perspetivas dos peritos internacionais.

Uma das mais reconhecidas classificações é de Friedman (1998) e posteriormente de Friedman, Bowden e Jones (2003), que propõem quatro níveis de prática profissional da enfermagem de família:

- 1º Nível - A família é considerada um contexto, sendo o indivíduo o cliente;
- 2º Nível - A família é vista como a soma das partes, pois os diferentes elementos da família são todos e cada um por si focos de enfermagem;
- 3º Nível - O foco de atenção são os subsistemas da família;
- 4º Nível - A família é a cliente.

Friedman (1998) faz uma analogia entre os níveis da prática da enfermagem de família e os níveis de competência apresentados por Benner e advoga que os enfermeiros iniciados e os competentes produzem práticas dirigidas para o indivíduo integrado numa família. Neste nível, os enfermeiros não possuem competências que lhes permitam prever reações complexas da família como resultado da sua intervenção. Estas competências estão presentes apenas nas práticas dos enfermeiros proficientes e peritos.

No mesmo sentido, Bomar citado em Hanson (2005), desenvolveu uma classificação em cinco diferentes níveis da prática de enfermagem de família em que do primeiro ao terceiro nível (principiante, principiante experiente e competente), o cliente é o indivíduo no contexto familiar e só nos quarto e quinto níveis, o cliente passa a ser a família. Nesta perspetiva, são os enfermeiros especialistas com graus de mestre (e com experiência) e doutor que possuem competência para modificar o foco de contexto para unidade de cuidados.

Hanson (2005, p. 11,12), baseado na literatura de enfermagem, apresenta quatro visões para a prática, investigação e educação em enfermagem de família e considera que dentro destas abordagens, a que os enfermeiros utilizam é determinada pelo contexto dos cuidados, pelas circunstâncias familiares e pelos recursos dos enfermeiros. Neste sentido, as diferentes abordagens possíveis são as seguintes:

- *A família como contexto de desenvolvimento individual* - os cuidados de enfermagem têm como centro a avaliação e os cuidados a um cliente, onde a família é o contexto (perspetiva tradicional, na qual o indivíduo é o primeiro plano e a família o segundo);
- *A família como cliente* - o centro é a avaliação de todos os membros da família. A família como cliente constitui o alvo dos cuidados (a família é colocada em primeiro plano e os indivíduos em segundo), a família é vista como a soma dos seus elementos e o foco está em cada um, onde cada pessoa é avaliada e os cuidados são prestados a todos os indivíduos da família. Esta abordagem inclui os enfermeiros de família que prestam cuidados a todos os membros da família nos cuidados comunitários;
- *A família como sistema* - o alvo é a família como cliente e é vista como um sistema interativo no qual o todo é mais do que a soma das suas partes, isto é, nesta abordagem, as intervenções dos enfermeiros orientam-se para as interações entre os membros da família, o que significa que os enfermeiros dirigem os cuidados simultaneamente para os indivíduos e para as famílias, bem como para os subsistemas familiares;
- *A família como componente social* - a família é vista como uma instituição dentro da sociedade, semelhante a outras instituições de saúde, de ensino, de solidariedade, religiosas ou económicas. A família é vista como um todo e interage com as outras instituições.

Wright e Leahey (2009) defendem que as intervenções de enfermagem de família estão relacionadas com o nível de graduação, considerando o trabalho clínico em dois níveis. O nível do enfermeiro generalista, os enfermeiros graduados que utilizam a família como contexto e o nível especialista, os enfermeiros com um nível pós-graduado que usam o conceito de família como uma unidade de cuidados, o que requer especialização em enfermagem de sistemas familiares, em que o foco é a interação e a reciprocidade. A este nível, os cuidados centram-se nos sistemas familiares e nos sistemas individuais em simultâneo.

No entanto, estas considerações são também, na obra Wright e Leahey (2009), mais flexíveis, admitindo-se que existem enfermeiros graduados, de mais alto nível, que reconhecem a importância da interação e reciprocidade, o que lhes permite uma abordagem com os sistemas familiares e com os individuais ao mesmo tempo.

Analisando as perspetivas dos teóricos, parece haver consenso no que respeita à diferença nas abordagens à família, evidenciando-se que, para que os enfermeiros considerem a família como unidade de cuidados, necessitam de formação especializada e experiência profissional.

Contudo, acresce a perspetiva de Wright e Leahey (2013) quando defendem que os diferentes níveis são necessários, consoante o contexto e a situação de cuidados. Desta forma, pode concluir-se a diferença na utilização dos níveis de enfermagem de família em contexto de cuidados de saúde diferenciados ou em contexto de CSP, onde ainda é possível distinguir-se a orientação da prática da enfermagem de família nas diferentes unidades funcionais de saúde, exigindo-se que nas USF e UCSP a enfermagem de família se inclua no último nível.

Analisando as orientações políticas em Portugal, revela-se alguma complexidade e pouca especificidade no que diz respeito à orientação para a prática de enfermagem de família.

As orientações do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2011_a) definem o exercício profissional da enfermagem centrado na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades), sendo que a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática, em que o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade).

Neste enquadramento, o cliente parece emergir como centro dos cuidados e a família como contexto. No entanto, o mesmo documento indica que as intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas, se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde, o que parece poder definir-se também para os enfermeiros generalistas uma prática de cuidados, centrada na unidade familiar.

Por outro lado, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011_b) e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de

Saúde Familiar (Regulamento n.º 126/2011) é definida a família como unidade de cuidados, tendo aqui já sido adotado um referencial teórico e operativo, pela OE (2011_c), nomeadamente o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar.

No entanto, como já foi descrito, após esta definição pela OE, entidade reguladora do exercício profissional, surge a criação de um grupo de trabalho, constituído pelo MS e pela OE com vista à definição de um modelo de atuação do enfermeiro de família (Despacho n.º 10320/2012 de 1 de agosto).

Assim, a 5 de agosto de 2014, foi publicado o Decreto-Lei n.º 118/2014 que estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de saúde (nomeadamente nas USF UCSP), constituindo a sua área de intervenção cuidar: *“(...) da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde (...)”* (Decreto-Lei n.º 118/2014, p. 4070).

Com esta orientação e, tendo em conta as várias classificações apontadas, a prática da enfermagem de família parece integrar-se nos níveis mais elevados, uma vez que a família é considerada como alvo dos cuidados. No entanto, continua pouco explícito se este Decreto se dirige também aos enfermeiros generalistas (ou de cuidados gerais), uma vez que estão definidos em Regulamento apenas as competências e modelo para o enfermeiro especialista.

Conclui-se a Parte I desta tese onde se pretendeu apresentar os percursos históricos dos cuidados à família. O objetivo desta abordagem teórica incidiu na necessidade de contribuir para a análise e contextualização das evidências do estudo empírico. O desenvolvimento da enfermagem de família, enquanto área específica da disciplina de enfermagem, teve influência dos contextos, políticas e práticas orientadas para a família e também da teoria multidisciplinar e da própria disciplina de enfermagem.

No Capítulo I apresentaram-se os contextos, as políticas e as práticas orientadas para a família. Este capítulo teve como princípio a descrição dos contextos sociais e políticos para o desenvolvimento das práticas de enfermagem de família nos CSP. Os contextos sociais orientaram o desenvolvimento de políticas para dar respostas às necessidades das famílias, quer no âmbito social, quer no âmbito da saúde, onde a enfermagem se formalizou e desenvolveu, dando origem às diferentes carreiras e níveis de ensino. Com as políticas orientadas para a satisfação das necessidades dos cidadãos e das famílias, foram-se distinguindo nos CSP diferentes conceções que marcaram a evolução histórica pelas reformas ocorridas, nomeadamente a criação das caixas de previdência, os primeiros CS, os CS de segunda e de terceira geração

até à atual reforma com a reestruturação dos CS em ACES e estes em unidades funcionais de saúde, onde o enfermeiro de família assume um papel central nas equipas de saúde familiar.

No Capítulo II pretendeu-se descrever e analisar os contributos teóricos para o desenvolvimento da enfermagem de família. A enfermagem, à semelhança de outras disciplinas do conhecimento, também foi um reflexo dos contextos sociais que influenciaram não só as conceções de saúde como os focos centrais das disciplinas. No âmbito da enfermagem de família, os contributos teóricos multidisciplinares das ciências sociais e da terapia familiar, bem como da própria disciplina de enfermagem, com a transformação do pensamento categorizado para o pensamento integrado e transformado, espelhado nas diferentes escolas de pensamento, induziram a necessidade da integração da família nos metaparadigmas e a necessidade do desenvolvimento de modelos de enfermagem de família, para orientar não só as práticas de cuidados, como também o ensino e a investigação em enfermagem de família.

Este desenvolvimento é visível também nas múltiplas classificações dos níveis da prática de enfermagem de família, embora ainda pouco consensuais, no que respeita às competências e aos contextos onde as práticas de desenvolvem. Nos CSP, nomeadamente nas equipas de saúde familiar que integram as atuais USF e UCSP, onde se conceptualiza a família como foco e alvo dos cuidados, permanece a dúvida entre as competências e modelos que guiam os enfermeiros e a formação necessária à implementação da enfermagem de família.

Seguidamente, apresenta-se a Parte II, onde se enquadra a problemática em estudo e as questões e objetivos de investigação, bem como os procedimentos éticos e formais necessários ao planeamento e à concretização dos percursos empíricos.

PARTE II - PERCURSOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO I - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Pretende-se com este capítulo apresentar os percursos empíricos realizados. Descrever-se-á a problemática em estudo, as questões e objetivos de investigação e, por último, os procedimentos éticos e formais de todo o processo investigativo.

1 - PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

As razões subjacentes à formulação do problema de investigação resultaram de preocupações que emergiram no percurso pessoal e profissional e também do desenvolvimento da literatura e das políticas de saúde.

O ponto de partida desta tese é a enfermagem de família em CSP, formulando-se o problema de modo a conhecer como os enfermeiros de CSP constroem o processo de cuidados às famílias.

A orientação pedagógica dos estudantes ao longo dos ensinamentos clínicos, nos diversos contextos dos CSP, tem permitido acompanhar a implementação e desenvolvimento da atual reforma, na qual se evidencia a importância da saúde familiar e da figura do enfermeiro de família como elemento central das equipas de saúde familiar.

Esta reforma, há muito desenhada, constitui presentemente uma realidade que pretende responder às necessidades das famílias, privilegiando a acessibilidade e a proximidade necessárias à promoção da saúde ao longo do ciclo vital. A criação do perfil do enfermeiro de família como elemento central das equipas de saúde familiar vem exigir aos enfermeiros competências que lhes permitam uma intervenção com e para a família enquanto unidade de cuidados.

A apropriação de saberes que consubstancia estas competências necessita da interiorização de conteúdos teóricos não só de saúde familiar, integrados anteriormente, nos antigos planos de estudos dos cursos de enfermagem, mas também da própria enfermagem de família enquanto área disciplinar da enfermagem, hoje já com um corpo específico de conhecimentos.

Na pesquisa realizada com o objetivo de identificar a existência de estudos sobre a integração de conteúdos de enfermagem de família nos planos de estudos das diferentes instituições do país, concluiu-se que esta integração não tem sido realizada com homogeneidade. Como foi já referido na contextualização teórica, Figueiredo (2009) realizou um estudo em cinco escolas, para compreender como são integradas

as temáticas direcionadas aos cuidados à família nos planos curriculares dos CLE, tendo constatado uma grande diversidade na forma como é integrada a temática.

A inespecificidade dos modelos de orientação para a prática de enfermagem de família, apresentada na contextualização teórica, e a falta de diferenciação de competências do enfermeiro especialista e generalista, refletidas nos documentos legislativos publicados que sublinham apenas as competências que se referem ao enfermeiro especialista em saúde familiar [o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (Regulamento n.º 126/2011) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2011_b)] impõem a necessidade de questionamento: como é que os enfermeiros que trabalham em CSP constroem o processo de produção de cuidados à família? Esta é a questão central da investigação, uma vez que, na prática clínica, são os enfermeiros generalistas e especialistas em outras áreas de enfermagem que figuram como enfermeiros de família.

Face a uma problemática tão relevante, nas atuais orientações, o desconhecimento do posicionamento e da assunção que esta problemática assume no contexto real dos CSP impôs a necessidade de conhecer a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados.

Na produção de cuidados à família, as atitudes dos enfermeiros constituem, na perspectiva de Writht e Leahey (2009), um dos componentes importantes que deve integrar o centro de preocupação das intervenções de enfermagem, para além da resposta da família aos cuidados. Os comportamentos dos enfermeiros e dos clientes são contextualizados no relacionamento enfermeiro-cliente, ocorrendo um fenómeno interacional em que as intervenções do enfermeiro são provocadas pelas respostas do cliente e estas, por sua vez, são desencadeadas pelas respostas do enfermeiro. Assim, a qualidade dos cuidados centrados na família é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros (Benzein, Johansson, Arestedt & Saveman, 2008; Wright & Leahey, 2009).

Na perspectiva de Söderström *et al. citados por* Benzein, Johansson, Arestedt e Saveman (2008), quando os enfermeiros acreditam que o envolvimento da família nos cuidados e a relação que estabelecem com a família é importante para a qualidade dos cuidados, são mais propensos a iniciar interações com as famílias. No mesmo sentido, Wernet e Ângelo (2003, p. 21) defendem que o enfermeiro age com a família com base no significado que possui de *família* e de *cuidar* e que este é construído na interação que o enfermeiro estabelece com a família nos diferentes contextos.

O conceito de atitude tem sido desenvolvido por vários autores ao longo dos anos, contudo o conceito de atitude definido por Eagly e Chaiken, em 1993, tem merecido

especial atenção por vários autores, como, por exemplo, por Lima (2010) e Gleitman, Fridlund e Reisberg (2011).

Lima (2010, p.188) apresenta-o como “«(...) *um constructo hipotético referente à «tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica»*”.

Na sua perspetiva, constitui *um constructo hipotético*, uma vez que as atitudes não são diretamente observáveis (são uma variável explicativa da relação entre a situação em que a pessoa se encontra e o seu comportamento). Trata-se de uma inferência sobre os processos psicológicos internos, a partir da observação dos comportamentos verbais e não-verbais da pessoa. Como *tendência psicológica*, as atitudes entendem-se como um estado interior, com relativa estabilidade, que pode alterar-se com a aprendizagem.

As atitudes expressam-se através de um *juízo avaliativo* ligado à dimensão cognitiva (pensamentos, ideias, opiniões, crenças que ligam o objeto de atitude aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável), afetiva (emoções e sentimentos provocados pelo objeto da atitude) ou comportamental (comportamentos ou intenções de comportamentais em que a atitude se pode manifestar).

Para Gleitman, Fridlund & Reisberg (2011, p. 609) o mesmo conceito de atitude é apresentado “(...) *como um conjunto bastante estável de visões mentais e de avaliações relativamente a uma ideia, objeto, ou uma pessoa constituindo, uma combinação de crenças, sentimentos ou avaliações juntas a uma predisposição para agir em consonância*” .

Em comum, os autores destacam três dimensões no conceito de atitude: a dimensão afetiva, a cognitiva e a comportamental, o que implica que, para se avaliar as atitudes, se tenha de avaliar simultaneamente as três dimensões.

No mesmo sentido, Lima (2010) advoga que a avaliação das atitudes pode ser feita através de respostas cognitivas, medindo-se as atitudes através das crenças, opiniões e avaliações dos sujeitos acerca de um determinado objeto; através das respostas afetivas, expressão verbal ou não-verbal dos sentimentos; através das respostas comportamentais, exigindo esta avaliação a observação de comportamentos reveladores de atitudes. Neste caso, é tida em conta a influência das condições contextuais na determinação do comportamento social.

Das várias propostas para análise das atitudes, destaca-se a visão tri-composta de Rosemberg e Hovland, de 1960, apresentada por vários autores, nomeadamente

Ajzen (década de 80, sec. XX) e Couto (2000) que a cita e a adapta e em que distingue três tipos de variáveis:

- as *variáveis independentes e mensuráveis* - os estímulos (indivíduos, situações, grupos sociais e outros objetos da atitude);
- as *variáveis intervenientes* - o afeto, a cognição e o comportamento;
- as *variáveis dependentes mensuráveis*:
 - ligadas ao afeto - as respostas do sistema nervoso simpático e a descrição verbal dos afetos;
 - ligadas à cognição - as respostas perceptuais e a descrição verbal das crenças;
 - ligadas ao comportamento - as ações abertas e descrições verbais relativas a comportamentos.

A importância das atitudes dos enfermeiros na produção dos cuidados à família induziu a realização de uma revisão da literatura (efetuada até março de 2010, altura em que se iniciou o processo investigativo), em relação às atitudes dos enfermeiros face às famílias. Verificou-se uma predominância de estudos na área dos cuidados diferenciados e na área dos cuidados continuados, com maior incidência no âmbito da pediatria e da doença crónica.

A nível dos CSP, foram encontrados três estudos. O primeiro consiste num estudo Sueco, de Benzein, Johansson, Arestedt e Saveman (2008), que valida a escala *Families' Importance in Nursing Care-Nurses' Attitudes (FINC-NA)*, numa amostra de 634 enfermeiros selecionados aleatoriamente de CSP e de cuidados de saúde diferenciados. O segundo, efetuado em Portugal, numa amostra de 136 enfermeiros da ARS do Norte, por um grupo de investigadores (Oliveira *et al.*, 2009), descreve os processos de tradução, validação e adaptação transcultural dessa mesma escala, que avalia as atitudes dos enfermeiros acerca da importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, denominando-a: *A importância das famílias nos cuidados de enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)*. O terceiro, realizado por Freitas (2009) a 372 enfermeiros dos CS da Região Autónoma da Madeira, teve como objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a enfermagem com famílias.

Dado o presente quadro de desenvolvimento da temática e a importância da saúde familiar e do enfermeiro de família nas atuais equipas de saúde familiar (nas USF e UCSP), definiu-se o processo investigativo.

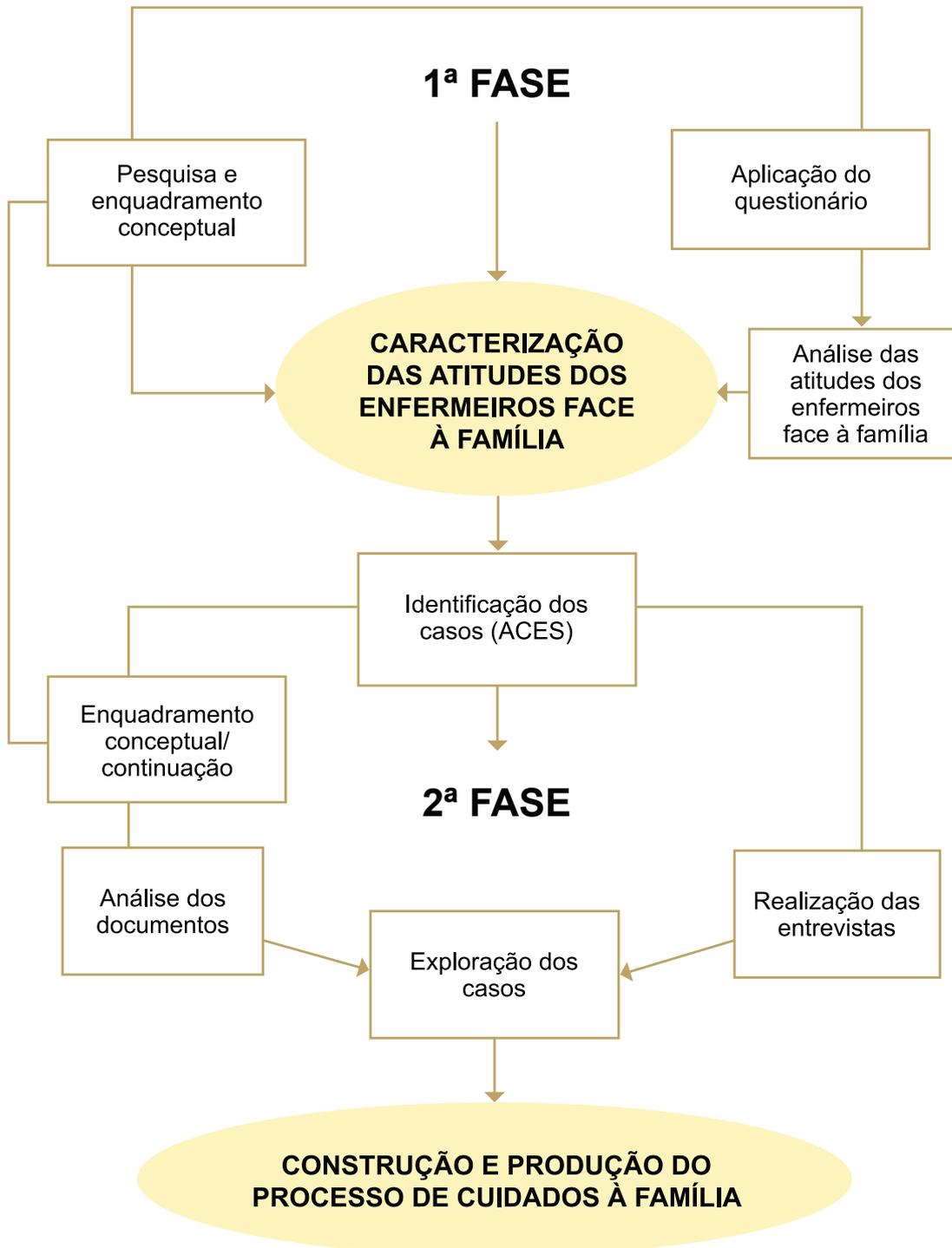
Recorreu-se à **triangulação de métodos**. Optou-se pela implementação sequencial. Os resultados obtidos na primeira fase foram utilizados para basear o dispositivo metodológico da segunda fase (Streubert & Carpenter, 2002).

Iniciou-se pela caracterização das atitudes dos enfermeiros que trabalham em CSP, para posteriormente ser analisado o processo de produção de cuidados à família.

Na primeira fase, realizou-se um estudo transversal do tipo descritivo e correlacional, tendo-se utilizado a metodologia quantitativa. Este estudo permitiu caracterizar as atitudes dos enfermeiros face à família e conhecer algumas variáveis que se relacionam com as atitudes. Aqui foi também possível identificar os locais onde os enfermeiros apresentam valores diferentes nas atitudes, fator importante para o desenvolvimento da segunda fase do estudo.

Identificados dois ACES onde as atitudes dos enfermeiros face à família apresentaram valores diferentes, procedeu-se à segunda fase do estudo onde se utilizou metodologia qualitativa orientada por estudo de casos múltiplos. A exploração dos casos, através de fontes múltiplas, e a confrontação das evidências da primeira fase do estudo permitiram conhecer a construção do processo de cuidados à família pelos enfermeiros participantes, identificando-se também os fatores contextuais e individuais que influenciam este processo. Os percursos empíricos encontram-se esquematizados na Figura 2.

Figura 2 - Percursos empíricos



2 - QUESTÕES E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Neste ponto da tese, pretende-se apresentar as questões e objetivos gerais e específicos dos percursos de investigação.

Constituíram **questões de investigação**: Como se caracterizam as atitudes dos enfermeiros que trabalham em CSP face à família? Como é que os enfermeiros que trabalham em CSP constroem o processo de produção de cuidados à família?

A primeira questão levou ao desenvolvimento de duas questões mais específicas:

- Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros e o local onde trabalham (ACES ou ULS, unidade funcional de saúde), a metodologia de organização de cuidados que utilizam, as habilitações académicas que possuem, a formação especializada em enfermagem e o facto de possuírem formação em enfermagem de família?
- Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros e a idade, o tempo de exercício profissional total e tempo de exercício profissional em CSP?

A segunda questão levou à construção de três outras questões:

- Que intervenções em cuidados às famílias realizam os enfermeiros em contexto de trabalho?
- Quais são os fatores que influenciam a produção das práticas de cuidados às famílias por parte dos enfermeiros que trabalham em CSP?
- Quais os elementos estruturantes do processo de cuidados às famílias pelos enfermeiros de CSP?

Para responder às questões de investigação, traçaram-se os seguintes **objetivos gerais e específicos** que guiaram o estudo:

- Caracterizar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em CSP, em relação à família:
 - Comparar as atitudes dos enfermeiros com o ACES/ULS e unidade funcional de saúde onde trabalham; a metodologia de organização de cuidados que utilizam; as habilitações académicas que possuem e a formação especializada em enfermagem; o facto de possuírem formação em enfermagem de família;

- Relacionar as atitudes dos enfermeiros com a idade, tempo de exercício profissional total e tempo de exercício profissional na área de CSP.
- Analisar o processo de produção de cuidados à família pelos enfermeiros:
 - Identificar intervenções em cuidados às famílias, dos enfermeiros de CSP em contexto de trabalho;
 - Analisar os fatores que influenciam a construção e produção de cuidados às famílias, em CSP:
 - Identificar os fatores que interferem neste processo;
 - Conhecer a relação desses fatores com as condições experienciais, de formação e de organização do trabalho;
 - Compreender os elementos estruturantes do processo de cuidados às famílias pelos enfermeiros de CSP.

3 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Entendendo-se que todos os estudos impõem responsabilidades ao investigador, foram tomados em consideração os aspetos éticos e formais respeitantes à investigação (Fortin, 2011).

Por necessidade de sistematização do presente relatório, serão aqui apresentados os procedimentos realizados nas duas fases do processo investigativo.

Iniciou-se pelo pedido de autorização para utilização da escala original "*Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes (FINC-NA)*" (Benzein, Johansson, Arestedt & Saveman, 2008) a uma das autoras (Benzein) e, posteriormente, ao Núcleo de Investigação em Enfermagem de Família da Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que validou a escala e a denominou: "*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)*" (Oliveira *et al.*, 2009).

Seguidamente, solicitou-se o pedido de autorização para a realização do estudo à ARS do Centro (Anexo 1).

Posteriormente, foi feito o pedido de aplicação do instrumento de recolha de dados a todos os Presidentes dos Conselhos Executivos de todos os ACES e a todos os Presidentes dos Conselhos de Administração das Unidades Locais de Saúde (ULS).

Após esta autorização, solicitou-se a todos os enfermeiros que compõem os Conselhos Clínicos das unidades referidas e, posteriormente, a todos os enfermeiros chefes ou

responsáveis dos CS ou/e das unidades funcionais de saúde, a colaboração junto dos restantes enfermeiros na aplicação do questionário.

Para a concretização da segunda fase do estudo, realizaram-se também diferentes procedimentos formais para chegar ao consentimento individual informado. Assim, o primeiro procedimento foi a solicitação aos Presidentes dos Conselhos Clínicos dos dois ACES (ACES A e ACES B) para aceder aos participantes. Após autorização, contactaram-se os enfermeiros que integravam os Conselhos Clínicos dos respetivos ACES, no sentido de aceder às entrevistas com os chefes ou responsáveis dos CS ou unidades funcionais de saúde. Por fim, foi realizado o pedido de consentimento individual informado aos enfermeiros participantes do estudo, aquando da marcação das entrevistas, que ocorreram segundo o processo de amostragem.

Procedeu-se à salvaguarda da privacidade e confidencialidade, informando os participantes sobre os objetivos do estudo, o processo de investigação e a metodologia subjacente, os processos de recolha de informação e a necessidade de gravação de entrevistas, assegurando-se o cuidado com o anonimato. Foi também evidenciada a importância da sua participação para o desenvolvimento do estudo, bem como os benefícios deste para a enfermagem. Todos os participantes selecionados aceitaram participar no estudo, manifestando interesse pela temática.

Após cumpridos todos os procedimentos referidos, iniciou-se a recolha de dados que será apresentada nos Capítulos I (A importância das famílias nos cuidados de enfermagem-Atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)) e II (Contextos e processos nos cuidados à família), onde se descrevem os processos empíricos realizados na primeira e na segunda fases do estudo.

CAPÍTULO II - A IMPORTÂNCIA DAS FAMÍLIAS NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - ATITUDES DOS ENFERMEIROS (IFCE-AE)

Neste capítulo pretende-se apresentar a primeira fase do estudo de investigação realizado. Inicia-se pela metodologia, onde se integram as variáveis em estudo, o instrumento de recolha de dados, a população e amostra e termina-se com a apresentação e análise dos resultados obtidos e com a discussão desses mesmos resultados.

1 - METODOLOGIA

Uma vez que se pretendia descrever as atitudes dos enfermeiros face à família e estabelecer relações destas atitudes com as variáveis: formação; tempo de exercício profissional; local e método de trabalho e idade, pela análise numérica, optou-se pela metodologia quantitativa, realizando-se um estudo transversal do tipo descritivo e correlacional (Fortin, 2009).

1.1 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

As variáveis constituem as unidades base de um estudo, caracterizando-se por qualidades, propriedades ou características e podem classificar-se consoante o papel que exercem na investigação (Fortin, 2009).

Neste estudo, as atitudes dos enfermeiros face à família constituem a *variável central* que é operacionalizada pela escala “*A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)*” (Oliveira *et al.*, 2009; 2011) apresentada no ponto 1.2, Quadro 5.

A escala tem 26 itens distribuídos por três dimensões. A dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de Coping*, com 12 itens; *Família: recurso nos cuidados de enfermagem*, com 10 itens e *Família: fardo*, com 4 itens (Quadros: 2 e 5).

Cada item é respondido através de uma escala de concordância, tipo Likert, com quatro opções: Discordo completamente (1), Discordo (2), Concordo (3) e Concordo completamente (4).

No total da escala os scores variam entre 26 e 104. Quanto maior for o *score* obtido nas duas primeiras dimensões (*Família: parceiro dialogante e recurso de Coping e*

Família: recurso nos cuidados de enfermagem) e menor for o score obtido na terceira dimensão (*Família: fardo*), mais importância atribuem os enfermeiros à família nos cuidados, ou seja, mais atitudes de suporte revelam os enfermeiros (Oliveira *et al.*, 2009; 2011).

Quadro 2 - Variável central

Dimensões	Itens da escala IFCE-AE
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de Coping</i>	4; 6; 9; 12; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 24; 25.
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	1; 3; 5; 7; 10; 11; 13; 20; 21; 22.
<i>Família: fardo</i>	2; 8; 23; 26.

A idade, o género e as habilitações académicas, constituíram as *variáveis sociodemográficas*. A forma de operacionalização destas variáveis apresenta-se seguidamente no Quadro 3.

Quadro 3 - Variáveis sociodemográficas

Variáveis	Indicadores	Questões
Idade (grupo etário)	< 30 [30 – 40[[40 – 50[[50 – 60[≥ 60	1
Género	Masculino/Feminino	4
Habilitações académicas	Bacharelato/Licenciatura/Mestrado/ Doutoramento	9

Constituíram *variáveis de caracterização profissional*, o ACES/ULS e unidade funcional de saúde onde trabalham, a metodologia de trabalho que utilizam, o tempo de exercício profissional total e de exercício profissional em CSP, as habilitações profissionais, a formação em enfermagem de família e a categoria profissional. No Quadro 4, apresenta-se o modo de operacionalização de cada uma destas variáveis.

Quadro 4 - Variáveis de caracterização profissional

Variáveis	Indicadores	Questões
Agrupamento de Centros de Saúde/ unidade local de Saúde onde desenvolvem atividade	ACES/ULS	1
Tipo de unidade funcional de saúde onde trabalham	USF; UCSPUCC; USP; Outra	11
Tempo de exercício profissional total (em anos)	< 10 [10 – 20[[20 – 30[[30 – 40[≥ 40	5
Tempo de exercício profissional em CSP (em anos)	< 10 [10 – 20[[20 – 30[≥ 30	6
Método de trabalho que utilizam	Método Funcional; Método de Equipa; Método de Enfermeiro de Família	12
Habilitações profissionais	Curso de especialidade ou equivalente sim/não Se sim, em que área	10
Categoria profissional	Enfermeiro; Enfermeiro Graduado; Enfermeiro Especialista; Enfermeiro Chefe	7
Formação em enfermagem de família	Sim, em contexto académico; Sim, em formação contínua; Não	13 e 14

As variáveis foram avaliadas por um instrumento de recolha de dados que seguidamente se apresenta.

1.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Utilizou-se como instrumento de recolha de dados um questionário composto por duas partes. A primeira parte, construída para este estudo, é constituída por questões de caracterização sociodemográfica e profissional, nomeadamente: idade, género, habilitações académicas, tempo de exercício profissional total e tempo de exercício profissional em CSP, habilitações profissionais, categoria profissional, tipo de formação em enfermagem de família, ACES ou ULS, unidade funcional de saúde onde trabalham e metodologia de trabalho que utilizam. A segunda parte é constituída pela escala “A Importância das

Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)” (Oliveira et al., 2009; 2011). O tempo médio de preenchimento deste instrumento é de 15 minutos.

Quadro 5 – Dimensões, itens e indicadores da escala IFCE-AE

Dimensões	Itens da escala	Indicadores
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	<p>4 – Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.</p> <p>6 – No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.</p> <p>9 – Discutir com os membros da família sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.</p> <p>12 – Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>14 – Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.</p> <p>15 – Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente.</p> <p>16 – Pergunto às famílias como as posso apoiar.</p> <p>17 – Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que, dessa forma, possam lidar melhor com as situações.</p> <p>18 – Considero os membros da família como parceiros.</p> <p>19 – Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.</p> <p>24 – Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.</p> <p>25 – Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a situação.</p>	<p>Discordo completamente; Discordo; Concordo; Concordo completamente</p>
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	<p>1 – É importante saber quem são os membros da família do utente.</p> <p>3 – Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.</p> <p>5 – A presença dos membros da família é importante para mim como enfermeira(o).</p> <p>7 – A presença dos membros da família dá-me um sentimento de segurança.</p> <p>10 – A presença dos membros da família alivia a minha carga de trabalho.</p> <p>11 – Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.</p> <p>13 – A presença de membros da família é importante para os mesmos.</p> <p>20 – O meu envolvimento com as famílias faz sentir-me útil.</p> <p>21 – Com as famílias, ganho muitos conhecimentos valiosos que posso utilizar no meu trabalho.</p> <p>22 – É importante dedicar tempo às famílias.</p>	<p>Discordo completamente; Discordo; Concordo; Concordo completamente</p>
<i>Família: fardo</i>	<p>2 – A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho.</p> <p>8 – Não tenho tempo para cuidar das famílias.</p> <p>23 – A presença dos membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar.</p> <p>26 – A presença dos membros da família deixa-me em stresse.</p>	<p>Discordo completamente; Discordo; Concordo; Concordo completamente</p>

Este instrumento resultou da validação e adaptação cultural da escala “*Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes (FINC-NA)*” (Benzein, Johansson, Arestedt & Saveman, 2008), construída por um grupo de investigadores suecos a partir de uma revisão da literatura, com objetivo de desenvolver um instrumento genérico de medida das atitudes de enfermeiros sobre a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, nos diversos contextos da prática clínica.

É composta por 26 itens em quatro dimensões: *família como um recurso nos cuidados de enfermagem* (10 itens), *família como parceiro dialogante* (8 itens), *família como fardo* (4 itens) e *família como próprio recurso* (4 itens) (Benzein, Johansson, Arestedt & Saveman, 2008).

Esta escala foi validada para Portugal pela Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto - Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família. Na tradução e validação foram alteradas as dimensões para três: *família: parceiro dialogante e recurso de coping*, *família: recurso dos cuidados de enfermagem* e *família: fardo* (Oliveira *et al.*, 2009; 2011).

Tendo sido a intenção da utilização desta escala, neste estudo, apenas para conhecer a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados, ou seja, para avaliar as atitudes dos enfermeiros que trabalham com famílias nos CSP, foi considerado o processo de validação dos autores (Oliveira *et al.*, 2009; 2011), com a seguinte consistência interna: *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, *alpha de Cronbach de 0,90* ($\alpha=0,90$); *Família: recurso nos cuidados de enfermagem*, *alpha de Cronbach de 0,84* ($\alpha=0,84$) e *Família: fardo com 0,49* ($\alpha=0,49$).

No presente estudo, procedemos também à avaliação da consistência interna das dimensões da escala através do cálculo do coeficiente alpha de Cronbach avaliando, deste modo, a respetiva fiabilidade. Constatou-se que todas as dimensões apresentavam boa consistência interna [*Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, com alpha de Cronbach de 0,851 ($\alpha=0,85$); *Família: recurso nos cuidados de enfermagem com*, alpha de Cronbach de 0,839 ($\alpha=0,84$), e *Família: fardo com 0,649* ($\alpha=0,65$)] e, conseqüentemente, boa fiabilidade, pois embora a dimensão *Família: fardo* apresente alpha de Cronbach de 0,649, esta dimensão tem apenas 4 itens e, em regra, são aceites valores acima de 0,60.

O enunciado desta escala apresenta como conceito de família todos os elementos que as famílias consideram significativos, para além dos membros da família.

Os itens da escala são classificados em cognitivos (“eu penso”), afetivos (“eu sinto”) e comportamentais (“eu faço no meu trabalho”), propondo-se estes avaliar as três dimensões da escala já apresentadas no ponto anterior.

O instrumento de recolha de dados foi aplicado de setembro a dezembro de 2010, e apresenta-se no anexo 2.

1.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Tendo em conta o objetivo e a acessibilidade aos dados, a população foi constituída por todos os enfermeiros que trabalham em CSP, na ARS do Centro, verificando-se um número aproximado de 1800 possíveis participantes, obtendo-se uma amostra de 871 enfermeiros.

Construíram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: todos os enfermeiros da população alvo que se disponibilizassem para participar no estudo e que tivessem funções diretas com os utentes e famílias, excluindo-se, assim, todos os enfermeiros que não estivessem envolvidos diretamente nas práticas de cuidados e cujas funções fossem apenas na área da gestão.

Os 871 enfermeiros que colaboraram no estudo desenvolviam a sua atividade profissional em catorze ACES e em duas ULS da ARS do Centro.

Os dados apresentados na Tabela 1 permitem constatar que 13,3% dos participantes pertenciam à Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda, seguido de 9,8% que pertenciam ao Agrupamento do Baixo Mondego I e de 9,3% ao Agrupamento do Baixo Vouga II.

Tabela 1 - Participantes segundo o ACES ou ULS onde trabalhavam

VARIÁVEIS	nº	%
ACES		
Baixo Mondego I	85	9,8
Baixo Mondego II	40	4,6
Baixo Mondego III	74	8,5
Baixo Vouga I	52	6,0
Baixo Vouga II	81	9,3
Baixo Vouga III	47	5,4
Pinhal Interior Norte I	58	6,7
Pinhal Interior Norte II	24	2,8
Dão Lafões I	38	4,4
Dão Lafões II	39	4,5
Dão Lafões III	52	6,0
Cova da Beira	33	3,8
Pinhal Litoral I	15	1,7
Pinhal Litoral II	65	7,5
ULS		
Guarda	116	13,3
Castelo Branco	52	6,0
Total	871	100,00

No que concerne à idade (Tabela 2), verificou-se que os enfermeiros inquiridos apresentavam entre 22 e 67 anos de idade, sendo a média de idade de 40,59 anos com desvio padrão 8,63 anos. Constatou-se, ainda, que 41,5% dos inquiridos tinha entre 40 e 50 anos, seguidos de 29,5%, cujas idades se situavam entre os 30 e os 40 anos. Metade dos enfermeiros tinha idade superior a 40,70 anos.

Relativamente ao género (Tabela 2), verificou-se que a maioria dos participantes (88,5%) era do género feminino.

Tabela 2 - Participantes segundo o grupo etário e o género

VARIÁVEIS	nº	%
Grupo Etário		
< 30	122	14,0
[30 – 40[	257	29,5
[40 – 50[	361	41,5
[50 – 60[	119	13,7
≥ 60	12	1,3
$\bar{x} = 40,59$ $Md = 40,70$ $s = 8,63$ $xmin = 22,00$ $xmáx = 67,00$		
Género		
Masculino	100	11,5
Feminino	771	88,5
Mo = Feminino		

Os enfermeiros inquiridos apresentavam tempos de exercício profissional compreendidos entre dois meses e meio (0,20 anos) e 45,00 anos. O tempo médio de exercício profissional situou-se nos 16,37 anos, com desvio padrão de 8,42 anos. Verificou-se que 43,7% era profissional de enfermagem há mais de 10 e menos de 20 anos, seguidos de 24,8% que referiram tempos de exercício profissional entre 20 e 30 anos. Metade dos inquiridos era profissional há menos de 16,00 anos (Tabela 3).

No que concerne ao tempo de exercício profissional em CSP (Tabela 3), constatou-se que os participantes referiram valores compreendidos entre cerca de um mês e meio (0,10 anos) e 37 anos. Verificou-se também que o tempo médio em CSP se situava nos 12,16 anos, com desvio padrão de 7,93 anos. Metade dos inquiridos prestavam este tipo de cuidados há menos de 11 anos, 42,1% há menos de 10 anos e 39,8% estava a trabalhar em CSP há mais de 10 e menos de 20 anos.

Tabela 3 - Participantes segundo o tempo de exercício profissional total e o tempo de exercício profissional em CSP

VARIÁVEIS	nº	%
Tempo de Exercício Profissional Total		
< 10	200	23,0
[10 – 20[	381	43,7
[20 – 30[	216	24,8
[30 – 40[	71	8,2
≥ 40	3	0,3
$\bar{x} = 16,37$ Md = 16,00 s = 8,42 $x_{\min} = 0,20$ $x_{\max} = 45,00$		
Tempo de Exercício Profissional em CSP		
< 10	367	42,1
[10 – 20[	347	39,8
[20 – 30[	125	14,4
≥ 30	32	3,7
$\bar{x} = 12,16$ Md = 11,00 s = 7,93 $x_{\min} = 0,10$ $x_{\max} = 37,00$		

Quanto à categoria profissional, verificou-se que a maioria dos participantes (57,9%) era Enfermeiro Graduado, seguidos de 30,3% que tinham a categoria de Enfermeiro, 10,2% Enfermeiro Especialista e 1,6% Enfermeiro Chefe (Tabela 4).

A grande maioria dos enfermeiros participantes do estudo (90,9%) possuía como habilitações académicas a Licenciatura em Enfermagem e apenas 3,7% o Mestrado em Enfermagem (Tabela 4).

Verificou-se ainda que 75,9% dos enfermeiros não possuía qualquer especialidade e que os restantes possuíam, principalmente, o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária (11,1%) e o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (8,7%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Participantes segundo a categoria profissional, as habilitações académicas e especialidade

VARIÁVEIS	nº	%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	264	30,3
Enfermeiro Graduado	504	57,9
Enfermeiro Especialista	89	10,2
Enfermeiro Chefe	14	1,6
Habilitações Académicas		
Bacharelato em Enfermagem	47	5,4
Licenciatura em Enfermagem	792	90,9
Mestrado	32	3,7
Especialidade/Pós-Licenciatura		
CPLEER – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação	26	3,0
CPLEESMO – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	76	8,7
CPLEEC – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária	97	11,1
CPLEESMP – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	9	1,0
Outra	2	0,2
Não	661	75,9

No que concerne ao tipo de unidade funcional onde trabalhavam, verificou-se que 69,2% dos enfermeiros desempenhava funções em UCSP, seguidos de 18,3% que trabalhava em USF (Tabela 5).

O método de trabalho mais frequente era o de Enfermeiro de Família, com uma percentagem de 55,0% (Tabela 5).

Em relação à formação, a maioria dos enfermeiros inquiridos, concretamente 69,6%, não possuía formação em Enfermagem de Família. Os restantes obtiveram esta formação através de formação contínua (16,5%) ou em contexto académico (13,9%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Participantes segundo o tipo de unidade funcional em que trabalhavam, o método de trabalho e a formação em enfermagem de família

VARIÁVEIS	nº	%
Tipo de Unidade Funcional		
USF	159	18,3
UCSP	603	69,2
UCC	32	3,7
USP	28	3,2
Outra	49	5,6
Método de Trabalho		
Método Funcional	193	22,2
Método de Equipa	199	22,8
Método de Enfermeiro de Família	479	55,0
Formação em Enfermagem de Família		
Sim, em contexto académico	121	13,9
Sim, em formação contínua	144	16,5
Não	606	69,6

Em síntese, os enfermeiros participantes apresentam idades compreendidas entre 22 e 67 anos de idade, são na sua maioria do género feminino (88,5%), com tempos de exercício profissional compreendidos entre dois meses e meio e quarenta e cinco anos e tempo de exercício profissional em CSP entre cerca de um mês e meio e trinta e sete anos. A maioria dos participantes (57,9%) possuía a categoria profissional de Enfermeiro Graduado. A grande maioria (90,9%) possuía como habilitações académicas a Licenciatura. A maioria (75,9%) dos enfermeiros não possuía qualquer especialidade. Os restantes possuíam principalmente o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária (11,1%) e o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (8,7%). A maioria dos enfermeiros (69,6%), não possuía formação em Enfermagem de Família e os restantes obtiveram esta formação através de formação contínua (16,5%) ou em contexto académico (13,9%). No que concerne ao tipo de unidade funcional onde trabalhavam, a maioria (69,2%) dos enfermeiros desempenhava funções em UCSP e o método de trabalho mais frequente era o método de Enfermeiro de Família (55,0%).

2 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Pretende-se, nesta fase do estudo, caracterizar as atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados, e comparar e relacionar com as variáveis sociodemográficas e profissionais.

Para a analisar os resultados, tratando-se de uma metodologia quantitativa do tipo descritivo e correlacional, utilizaram-se medidas de estatística descritiva e de estatística inferencial.

- Frequências: absolutas (n°) e relativas (%);
- Medidas de Tendência Central: média aritmética (\bar{x}), medianas (Md) e modas (Mo);
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvios padrão (s);
- Coeficientes: alpha Cronbach (α) de e correlação de Spearman (r_s);
- Testes: teste U de Mann-Whitney, teste Kruskal-Wallis, teste Kolmogorov-Smirnov (como teste de normalidade).

Os dados foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa informático de tratamento estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), na versão 18,0 de 2010.

Aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov (Tabela 6) e não se verificou distribuição normal em nenhuma das dimensões da escala [Dimensão Família: parceiro dialogante e recurso de coping ($Z=0,112$, $p < 0,001$); Dimensão Família: recurso nos cuidados de enfermagem ($Z=0,089$, $p < 0,001$) e Dimensão Família: fardo ($Z=0,138$, $p < 0,001$)], tendo-se por isso optado pela aplicação de testes não paramétricos, nos estudos em que procedemos à comparação dos resultados em função de outras variáveis (Maroco, 2007).

Tabela 6 - Teste da normalidade da distribuição de resultados das dimensões da escala - *IFCE-AE* na amostra em estudo

DOMÍNIO	Z	p
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	0,112	<0,001
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	0,089	<0,001
<i>Família: fardo</i>	0,138	<0,001

Para apresentar os resultados, optou-se por sistematizá-los segundo as variáveis em estudo e sua relação, correspondendo aos objetivos previamente definidos. Inicia-se a apresentação dos resultados da variável central e posteriormente da relação desta com as variáveis de caracterização profissional e sociodemográfica.

Atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro face à família

Para avaliar as atitudes dos enfermeiros de CSP face à família, aplicou-se a escala “A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE)” (Oliveira *et al.*, 2009; 2011), obtendo-se os resultados apresentados na Tabela 7.

Os dados revelam que na dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, os resultados variaram entre 30,60 e 100,00 pontos, sendo a média de 73,33 pontos, com desvio padrão de 11,97 pontos. Metade dos inquiridos obteve resultados superiores a 72,22 pontos e 25,0% apresentou resultados acima de 83,33 pontos.

Na dimensão *Família: recurso nos cuidados de enfermagem*, os resultados situaram-se entre 35,70 e 100,00 pontos, sendo a média de 76,48 pontos, com desvio padrão de 12,61 pontos. Constata-se, ainda, que 50,0% dos enfermeiros obteve resultados de pelo menos 76,67 pontos e 25,0% superiores a 86,67 pontos.

Por último, na dimensão *Família: fardo*, observaram-se resultados compreendidos entre 0,00 e 66,70 pontos. O valor médio foi de 21,60 pontos, com desvio padrão de 15,19 pontos. Nesta dimensão, 50,0% dos enfermeiros obteve resultados inferiores a 25,00 pontos e 25,0% apresentou valores inferiores a 8,33 pontos.

Estes resultados revelam pontuações elevadas nas dimensões: *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (76,48) e *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (73,33), enquanto que na dimensão *Família: fardo* (21,60), os enfermeiros apresentaram pontuações baixas. Constata-se, assim, que os enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Centro atribuem bastante importância às famílias nos cuidados de enfermagem, ou seja, apresentam atitudes de suporte face à família.

Tabela 7 - Medidas descritivas observadas para as dimensões da escala - IFCE-AE

DIMENSÃO	\bar{x}	s	P ₂₅	Md	P ₇₅	x _{min}	x _{máx}
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	73,33	11,97	63,89	72,22	83,33	30,60	100,00
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	76,48	12,61	66,67	76,67	86,67	36,70	100,00
<i>Família: fardo</i>	21,60	15,19	8,33	25,00	33,33	0,00	66,70

Comparação das atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro em função do ACES/ULS onde trabalham

Com o objetivo de comparar as atitudes dos enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Centro em função do ACES ou ULS onde desempenhavam funções, aplicou-se o teste Kruskal-Wallis, apresentando-se na Tabela 8 os resultados obtidos.

Como se pode constatar, verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,050$) em todas as dimensões, sendo que:

- Na dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*, a comparação das medidas de tendência central revela que o ACES em que os enfermeiros evidenciaram valores mais baixos nas atitudes de suporte face à família foi o Pinhal Litoral I (66,30 pontos). Pelo contrário, os enfermeiros do ACES Baixo Mondego II (77,64 pontos) foram aqueles que revelaram maiores valores nas atitudes suporte face à família.
- Na dimensão *Família: recurso nos cuidados de enfermagem*, constatou-se valores mais baixos nas atitudes de suporte no ACES Cova da Beira (72,53 pontos) e maiores valores nas atitudes de suporte no ACES Baixo Mondego II (80,25 pontos).
- Na dimensão *Família: fardo*, verificou-se que os menores valores nas atitudes de suporte são observadas nos agrupamentos Pinhal Litoral II (26,41 pontos). Em sentido oposto, os maiores valores nas atitudes de maior suporte foram registadas nos enfermeiros dos ACES Baixo Mondego II (16,88 pontos).

Tabela 8 - Resultados apurados pela aplicação da *IFCE-AE* em função do ACES e ULS onde trabalham os participantes

DIMENSÃO - ACES/SLS	nº	\bar{x}	Md	χ^2	p
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>					
ACES Baixo Mondego I	85	74,84	72,22		
ACES Baixo Mondego II	40	77,64	77,78		
ACES Baixo Mondego III	74	75,53	75,00		
ACES Baixo Vouga I	52	72,17	70,83		
ACES Baixo Vouga II	81	76,34	75,00		
ACES Baixo Vouga III	47	74,70	75,00		
ACES Pinhal Interior Norte I	58	70,74	69,44		
ACES Pinhal Interior Norte II	24	73,96	72,22	33,223	0,004
ACES Dão Lafões I	38	71,42	69,44		
ACES Dão Lafões II	39	71,15	69,44		
ACES Dão Lafões III	52	73,29	69,44		
ACES Cova da Beira	33	69,87	69,44		
ACES Pinhal Litoral I	15	66,30	66,67		
ACES Pinhal Litoral II	65	74,57	72,22		
ULS Guarda	116	72,27	69,44		
ULS Castelo Branco	52	70,35	68,06		
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>					
ACES Baixo Mondego I	85	76,63	76,67		
ACES Baixo Mondego II	40	80,25	80,00		
ACES Baixo Mondego III	74	77,93	80,00		
ACES Baixo Vouga I	52	75,45	73,33		
ACES Baixo Vouga II	81	79,67	80,00		
ACES Baixo Vouga III	47	79,22	80,00		
ACES Pinhal Interior Norte I	58	73,56	73,33		
ACES Pinhal Interior Norte II	24	79,72	80,00	28,343	0,020
ACES Dão Lafões I	38	73,25	70,00		
ACES Dão Lafões II	39	74,36	73,33		
ACES Dão Lafões III	52	76,15	70,00		
ACES Cova da Beira	33	72,53	73,33		
ACES Pinhal Litoral I	15	72,89	73,33		
ACES Pinhal Litoral II	65	78,26	76,67		
ULS Guarda	116	75,86	73,33		
ULS Castelo Branco	52	73,53	73,33		
<i>Família: fardo</i>					
ACES Baixo Mondego I	85	19,31	16,67		
ACES Baixo Mondego II	40	16,88	16,67		
ACES Baixo Mondego III	74	22,41	25,00		
ACES Baixo Vouga I	52	21,64	20,83		
ACES Baixo Vouga II	81	20,27	25,00		
ACES Baixo Vouga III	47	22,16	25,00		
ACES Pinhal Interior Norte I	58	18,39	16,67		
ACES Pinhal Interior Norte II	24	20,83	20,83	25,020	0,049
ACES Dão Lafões I	38	17,54	16,67		
ACES Dão Lafões II	39	22,01	16,67		
ACES Dão Lafões III	52	25,00	25,00		
ACES Cova da Beira	33	23,99	25,00		
ACES Pinhal Litoral I	15	17,78	16,67		
ACES Pinhal Litoral II	65	26,41	33,33		
ULS Guarda	116	22,13	25,00		
ULS Castelo Branco	52	25,00	25,00		

Relação das atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro com a idade, tempo de exercício profissional total e tempo de exercício profissional em CSP

Para o estudo da relação entre as atitudes dos enfermeiros e a idade, tempo de exercício profissional total e tempo de exercício em CSP, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* e o respetivo teste de significância (Tabela 9).

Os resultados mostram que todas as correlações são fracas e que, na maioria, são estatisticamente não significativas. As duas exceções registam-se ao nível das correlações da dimensão: *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* com a idade ($r_s = 0,07$; $p = 0,033$) e com o tempo de exercício profissional total ($r_s = 0,09$; $p = 0,009$).

Sendo estas correlações positivas, pode-se afirmar que os enfermeiros mais velhos e com maior tempo de exercício profissional total tendem a evidenciar atitudes de maior suporte face à família, ou seja, tendem a atribuir maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Tabela 9 - Correlação da *IFCE-AE* com a idade, tempo de exercício profissional total e tempo de serviço em CSP

DIMENSÃO	Idade		Tempo de exercício profissional Total		Tempo de exercício profissional em CSP	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	+0,07	0,033	+0,09	0,009	+0,03	0,449
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	+0,03	0,356	+0,04	0,246	+0,02	0,641
<i>Família: fardo</i>	-0,02	0,619	-0,05	0,178	-0,01	0,798

Comparação das atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro com as habilitações académicas que possuem

Para comparar as atitudes dos enfermeiros em função das habilitações académicas que possuíam aplicou-se o teste Kruskal-Wallis (Tabela 10), verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão *Família: fardo* ($\chi^2 = 8,019$; $p = 0,018$).

A análise dos valores observados para as medidas de tendência central revela que os enfermeiros com o grau académico de mestre são aqueles que evidenciam atitudes

de maior suporte face à família, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem. Estas evidências demonstram que os enfermeiros com grau de mestre apresentam uma menor média na dimensão *Família: fardo* (15,89 pontos).

Tabela 10 - Comparação da *IFCE-AE* em função das habilitações académicas

DIMENSÃO	Habilitações Académicas	nº	\bar{x}	Md	χ^2	p
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	Bacharelato em Enfermagem	47	71,57	69,44	3,545	0,170
	Licenciatura em Enfermagem	792	73,26	72,22		
	Mestrado	32	77,60	77,78		
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	Bacharelato em Enfermagem	47	75,11	76,67	3,627	0,163
	Licenciatura em Enfermagem	792	76,38	76,67		
	Mestrado	32	80,83	81,67		
<i>Família: fardo</i>	Bacharelato em Enfermagem	47	26,95	25,00	8,019	0,018
	Licenciatura em Enfermagem	792	21,52	25,00		
	Mestrado	32	15,89	16,67		

Comparação das atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro com a formação especializada em enfermagem

A análise dos resultados apresentados na Tabela 11, obtidos através da aplicação do teste U de Mann-Whitney para relacionar as atitudes dos enfermeiros em função do facto de possuírem, ou não, formação especializada em enfermagem, revela a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões.

Comparando por dimensões, verifica-se que os enfermeiros especialistas apresentam valores mais elevados nas médias referentes à *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (76,71 pontos) e *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (78,88 pontos) e valores mais baixos na dimensão *Família: fardo* (18,53 pontos).

Estas evidências indicam que os enfermeiros especialistas apresentam atitudes de maior suporte relativamente à família, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Tabela 11 - Comparação da *IFCE-AE* em função da formação especializada em enfermagem

DIMENSÃO						
Especialidade		nº	\bar{x}	Md	Z	p
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>						
Sim		206	76,71	77,78	-4,486	<0,001
Não		665	72,28	69,44		
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>						
Sim		206	78,88	80,00	-3,169	0,002
Não		665	75,73	73,33		
<i>Família: fardo</i>						
Sim		206	18,53	16,67	-3,412	0,001
Não		665	22,56	25,00		

Comparação das atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro com o facto de possuírem formação em enfermagem de família

Aplicou-se o teste U de Mann-Whitney para comparar as atitudes dos enfermeiros em função do facto de possuírem formação em Enfermagem de Família.

Analisando os resultados da Tabela 12, constata-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* ($p = 0,012$) e *Família: fardo* ($p = 0,002$). Verifica-se, também, que os enfermeiros com formação em enfermagem de família apresentam resultados mais elevados na dimensão, *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (75,03 pontos) e resultados mais baixos na dimensão, *Família: fardo* (19,17 pontos).

Estes resultados indicam que os enfermeiros que possuem formação em enfermagem de família são os que evidenciam atitudes de maior suporte face à família, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Tabela 12 - Comparação da *IFCE-AE* em função da formação em enfermagem de família

DIMENSÃO						
Formação em Enfermagem de Família		nº	\bar{x}	Md	Z	p
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>						
Sim		265	75,03	75,00	-2,526	0,012
Não		606	72,59	69,44		
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>						
Sim		265	77,64	76,67	-1,670	0,095
Não		606	75,97	73,33		
<i>Família: fardo</i>						
Sim		265	19,17	16,67	-3,076	0,002
Não		606	22,66	25,00		

Comparação das atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro com o tipo de unidade funcional de saúde onde trabalham

Através da aplicação do teste Kruskal-Wallis, procedeu-se ao estudo da comparação entre as atitudes dos enfermeiros e o tipo de unidade funcional em que exerciam funções.

Os resultados observados na Tabela 13 revelam que os enfermeiros que desenvolviam a sua atividade profissional em unidades funcionais do tipo UCSP apresentam, nas medidas de tendência central, valores mais baixos ao nível das dimensões: *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (72,64 pontos) e *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (75,76 pontos) e valor mais elevado na dimensão *Família: fardo* (22,75 pontos).

Estes resultados evidenciam que os enfermeiros que trabalham em unidades funcionais do tipo UCSP são os que parecem apresentar atitudes de menor suporte face à família.

Tabela 13 - Comparação da *IFCE-AE* em função do tipo de unidade funcional de saúde

DIMENSÃO	Tipo de Unidade Funcional	nº	\bar{x}	Md	χ^2	p
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>	USF	159	75,16	72,22	6,262	0,044
	UCSP	603	72,64	69,44		
	UCC, USP, Outra	109	74,47	75,00		
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>	USF	159	78,03	76,67	6,880	0,032
	UCSP	603	75,76	73,33		
	UCC, USP, Outra	109	78,20	80,00		
<i>Família: fardo</i>	USF	159	19,18	16,67	11,330	0,003
	UCSP	603	22,75	25,00		
	UCC, USP, Outra	109	18,81	16,67		

Comparação das atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro com o método de organização de cuidados que utilizam

De modo semelhante, procedeu-se ao estudo da relação das atitudes dos enfermeiros em função do método de organização dos cuidados.

Analisando os resultados que constam na Tabela 14, pode verificar-se que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões e que os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade de acordo com o método funcional são os que

apresentam resultados mais baixos nas dimensões, *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* (70,60 pontos) e *Família: recurso nos cuidados de enfermagem* (74,28 pontos) e valor mais elevado na dimensão *Família: fardo* (25,22 pontos).

Atendendo a estes resultados, os enfermeiros que trabalham segundo o método funcional evidenciam menores valores nas atitudes de suporte face à família, ou seja, revelam atribuir menor importância às famílias nos cuidados de enfermagem.

Tabela 14 - Comparação da *IFCE-AE* em função do método de organização dos cuidados

DIMENSÃO					
Método de organização dos cuidados	nº	\bar{x}	Md	χ^2	p
<i>Família: parceiro dialogante e recurso de coping</i>					
Método funcional	193	70,60	69,44	16,963	<0,001
Método de equipa	199	75,01	75,00		
Método de enfermeiro de família	479	73,73	72,22		
<i>Família: recurso nos cuidados de enfermagem</i>					
Método funcional	193	74,28	73,33	7,338	0,026
Método de equipa	199	77,67	76,67		
Método de enfermeiro de família	479	76,86	76,67		
<i>Família: fardo</i>					
Método funcional	193	25,22	25,00	14,061	0,001
Método de equipa	199	21,61	25,00		
Método de enfermeiro de família	479	20,15	16,67		

Pela apresentação e análise resultados revela-se que os enfermeiros que trabalham em CSP, na ARS do Centro possuem atitudes de suporte face à família. Contudo os valores das atitudes de suporte face à família ou a importância que os enfermeiros atribuem à família nos cuidados variam consoante o ACES ou ULS onde os enfermeiros exercem funções.

Constatou-se que as atitudes dos enfermeiros são influenciadas pela idade, pelo tempo de exercício profissional total, pelas habilitações académicas e profissionais, pela formação em enfermagem de família, pelo tipo de unidade funcional de saúde onde trabalham e pelo método de organização de cuidados que utilizam.

As atitudes que revelam maiores valores de suporte são as dos enfermeiros:

- Que possuem grau de mestre. Estes apresentam uma menor média na dimensão *Família: fardo* (única dimensão onde se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas);

- Que possuem formação especializada em enfermagem (verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões);
- Que possuem formação específica em enfermagem de família (verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família: fardo*);
- Que possuem mais tempo de exercício profissional total (verifica-se diferença estatisticamente significativa apenas na dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*);
- Mais velhos (verifica-se diferença estatisticamente significativa apenas na dimensão *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*).

As atitudes que revelam valores mais baixos são as dos enfermeiros:

- Que desenvolviam a sua atividade profissional em unidades funcionais do tipo UCSP (verificando-se diferença estatisticamente significativa em todas as dimensões. Apresentam, nas medidas de tendência central, valores mais baixos ao nível das dimensões: *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família: recurso nos cuidados de enfermagem*, e valor mais elevado na dimensão *Família: fardo*);
- Que trabalham segundo o método funcional (verifica-se diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões).

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois da análise dos resultados que caracterizam as atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro face à família, cabe agora discutir esses resultados. Procedese então a essa discussão em função das questões de investigação, previamente enunciadas, utilizando fontes bibliográficas no âmbito da temática em estudo.

Atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro face à família

Os enfermeiros que participaram neste estudo evidenciaram atribuir bastante importância às famílias nos cuidados, ou seja, apresentaram atitudes de suporte face à família. Esta constatação foi também encontrada por Oliveira *et al.* (2009) numa amostra de 136 enfermeiros que trabalhavam em CSP na ARS do Norte, tendo-se verificado que também estes apresentam uma idêntica atitude de suporte em relação às famílias.

Com os mesmos resultados regista-se também um estudo sueco realizado por Benzein, Johansson, Arestedt e Saveman (2008), autores da escala original utilizada, “*Families Importance in Nursing Care-Nurses Attitudes (FINC-NA)*”, numa amostra de 634 enfermeiros selecionados aleatoriamente numa população de enfermeiros de diferentes contextos de cuidados. 66% trabalhava em cuidados diferenciados, 18% trabalhava em CSP, 13% em cuidados na comunidade e 3% noutros locais.

Estes resultados vão ao encontro de todas as orientações nacionais e internacionais para o envolvimento da família nos cuidados de enfermagem e da assunção pelos enfermeiros do compromisso e obrigação ética e moral de incluir as famílias nos cuidados (Wright & Leahey, 2009).

Embora esta constatação não constitua uma evidência de que os enfermeiros considerem a família como unidade de cuidados, o facto de os enfermeiros apresentarem uma atitude de suporte ou apoio constitui um requisito importante para envolver as famílias no processo de cuidados de enfermagem (Benzein, Johansson, Arestedt & Saveman, 2008; Oliveira *et al.*, 2009; 2011; Wright & Leahey, 2009). Tratando-se de enfermeiros que desenvolvem a sua atividade profissional em CSP, este facto constitui uma mais-valia para o desenvolvimento da enfermagem de família e um contributo relevante para a qualidade dos cuidados.

Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro e o local onde trabalham?

As evidências obtidas pela comparação das atitudes dos enfermeiros em função do ACES ou ULS onde trabalham revelam que, embora em média os enfermeiros apresentem atitudes de suporte face à família, estas atitudes variam consoante os referidos contextos onde trabalham. Esta constatação reforça a pertinência da segunda fase deste estudo onde, através da compreensão da construção do processo de cuidados à família, se poderá conhecer os fatores individuais (dos atores) e os fatores contextuais que influenciam as atitudes dos enfermeiros face às famílias.

Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro e a idade, o tempo de exercício profissional total e tempo de exercício profissional em CSP?

Relativamente à comparação das atitudes dos enfermeiros com o tempo de exercício profissional na área de CSP, o facto de não se terem verificado associações estatisticamente significativas, pode levar a inferir que a importância dada à família

nos cuidados de enfermagem não se restringe ao contexto específico dos CSP, mas a outros contextos da prática clínica de enfermagem.

Pelo contrário, verificaram-se resultados estatisticamente significativos quando comparadas as atitudes com a idade e com o tempo de exercício profissional total dos inquiridos, nomeadamente na dimensão, *Família: parceiro dialogante e recurso de coping*. Este resultado leva a concluir que os enfermeiros mais velhos e com maior tempo de exercício profissional evidenciam atitudes de maior suporte, ou seja, atribuem maior importância às famílias nos cuidados de enfermagem. Resultado idêntico foi também concluído no estudo Benzein, Johansson, Arestedt & Saveman (2008), sendo esta conclusão justificada pelo facto de os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional centrarem a sua atividade nos utentes e não nas famílias.

Tal facto vai ao encontro da perspetiva de que o enfermeiro perito, com mais tempo de exercício profissional, “(...) toma em linha de conta tanto as necessidades dos membros da família, como as dos doentes (...) sabe quando permitir aos membros da família terem um maior papel, e quando os deve substituir” (Benner, 2001; p.91). Na opinião da mesma autora, os enfermeiros iniciados, os iniciados avançados e mesmo os competentes (há dois ou três anos no mesmo serviço), não são suficientemente experientes para reconhecer uma situação no seu todo ou identificar os aspetos mais importantes. Por outro lado, o facto de terem uma menor experiência profissional pode condicionar a perspetiva da valorização dos resultados em saúde, quando a família é tomada como alvo dos cuidados.

Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro e as habilitações académicas que possuem?

Em relação à influência que as habilitações académicas poderão exercer nas atitudes que os enfermeiros apresentam em relação às famílias nos cuidados, verificou-se que os enfermeiros que possuem maiores habilitações académicas (grau de mestre) atribuem maior importância à família nos cuidados. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Freitas (2009), que teve como principal objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros de CSP na região autónoma da Madeira sobre a enfermagem com famílias, apontando para a existência de uma diferença significativa entre os enfermeiros com grau de licenciatura e os enfermeiros com grau de mestre, em relação aos enfermeiros com grau de bacharel, atribuindo os primeiros, maior importância à família.

Contudo, por se ter verificado apenas a existência de diferença estatisticamente significativa na dimensão *Família: fardo*, esta ocorrência pode evidenciar o facto de

muitos enfermeiros realizarem o segundo ciclo de estudos fora da área da enfermagem, o que os leva a não interiorizarem a família como parceiro dialogante e recurso de *coping* e a família como recurso nos cuidados de enfermagem.

Esta constatação revela ainda a importância e a necessidade emergente da implementação de cursos de pós-graduação na área da enfermagem de família e também da implementação desta formação nos planos de formação das ARS.

Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro e a formação especializada em enfermagem?

Os enfermeiros inquiridos que possuem cursos de especialidade ou cursos de pós-licenciatura em enfermagem revelam atribuir maior importância às famílias, com existência de diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões. Estes resultados, também encontrados por Freitas (2009), podem estar relacionados com a inclusão de conteúdos sobre a família nos cursos de especialização ou pós-licenciatura em enfermagem, o que não foi possível identificar devido à pouca acessibilidade aos dados.

Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro e o facto de possuírem formação em enfermagem de família?

À semelhança das evidências científicas resultantes da investigação de Oliveira *et al.* (2009, 2011), também neste estudo se constatou que os enfermeiros que possuem formação específica em enfermagem de família atribuem maior importância às famílias nos cuidados. No entanto, por no presente estudo se ter verificado a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões *Família: parceiro dialogante e recurso de coping* e *Família: fardo*, e por idêntica relação não se ter verificado na dimensão *Família: recurso nos cuidados de enfermagem*, conclui-se que esta constatação poderá estar relacionada com o facto dos enfermeiros com formação em enfermagem de família lhe atribuírem importância, mas possivelmente não a integrarem como unidade de cuidados, devido a variadíssimos fatores, entre os quais a conceção que os enfermeiros possuem, orientada para os cuidados de saúde e doença e a dificuldade em direcionar os cuidados para as interações dos membros da família (Wright & Leahey, 2009).

Esta constatação vai também ao encontro dos resultados de alguns estudos (Segaric, 2005; Vaughan-Cole, 1998; Wright & Leahey, 2009) em que a perceção que os enfermeiros possuem não é a que orienta as práticas, podendo acrescentar-se outros fatores como, constrangimentos do contexto dos cuidados, crenças integrantes da

própria atitude e/ou a falta de clareza nos conceitos: “família”; “contexto familiar”, “família como objeto de cuidados”; “família como sistema”. Esta constatação pode ainda estar relacionada com a falta de clareza no conceito de “enfermeiro de família” que ainda permanece. Aqui também emerge a necessidade de um estudo qualitativo, o que dará sentido à fase seguinte deste processo investigativo.

Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro e a unidade funcional de saúde onde trabalham?

Relativamente aos inquiridos que trabalham em UCSP terem evidenciado atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, este resultado poderá ter estado relacionado com o facto de esta fase do estudo ter sido realizada em 2010, período que correspondeu, segundo a Coordenação Estratégica (2011_a), à fase (2005-2010) em que foi desencadeado o início da formação das primeiras USF e simultaneamente o início da reorganização dos CS em ACES, com a implementação dos órgãos de governação e início da constituição das USCP. Nessa fase de reestruturação, a criação destas unidades (UCSP) trouxe novas formas de organização dos cuidados e, conseqüentemente, exigiu adaptações dos profissionais, sem ter existido uma preparação prévia devidamente estruturada.

Por outro lado, pode também relacionar-se com as evidências do estudo de Teixeira (2012), iniciado em 2005, cujos resultados apontaram para um efeito discriminatório entre os profissionais que trabalham em USF e CS, o que na atualidade assume a correspondência verificada entre USF/UCSP.

Qual a relação que se estabelece entre as atitudes dos enfermeiros de CSP da ARS do Centro e a metodologia de organização de cuidados que utilizam?

Quanto ao facto de os enfermeiros que trabalham segundo o método funcional apresentarem atitudes de menor suporte em relação à família, esta constatação pode, por um lado, estar relacionada com o próprio conceito de método funcional, onde a importância metodológica está centrada nos procedimentos e técnicas e não na pessoa e/ou família e, por outro, com o facto de os enfermeiros que trabalham segundo o método funcional não terem igual oportunidade de conhecerem as famílias, como os enfermeiros que trabalham pelo método de enfermeiro de família.

A metodologia de organização dos cuidados de enfermagem pelo método funcional integra-se na visão do modelo biomédico e não na conceção das práticas orientadas para as respostas humanas aos processos de vida. O modelo biomédico dirige

os profissionais de saúde para assumir as funções de avaliador e controlador das intervenções terapêuticas e quando essa posição é adotada por profissionais de saúde, entra em desacordo com as condições necessárias para uma participação mais ativa da família nos cuidados (Bruce, 2002). Esta configuração é também evidenciada num estudo de Oliveira e Marcon (2007) sobre o trabalho da enfermagem brasileira com famílias, sendo reconhecido que, embora o foco pretendido seja a família, na prática, as atividades têm tendência a centrar-se na vertente assistencial e muito direcionadas para o elemento da família que apresenta algum problema de saúde. O que reforça a necessidade de discussão crítica e reflexiva que conduza a uma prática mais avançada, que considere tanto as necessidades e o estado de saúde dos indivíduos que compõem a família, como o seu funcionamento, a sua estrutura e as suas funções, a partir de modelos de avaliação e intervenção familiar de que são exemplo o Modelo de Avaliação e Intervenção de Calgary (Wright & Leahey, 2009) e o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012).

Também o facto de a maioria dos enfermeiros inquiridos trabalhar segundo o método de enfermeiro de família e não serem estes que evidenciaram atitudes de maior suporte face às famílias nos cuidados, pode estar relacionado com a indefinição das orientações sobre a metodologia de ação (Silva, Costa & Martins, 2013), ou por outro lado, pode dar-se a hipótese dos enfermeiros que trabalham segundo o método de enfermeiro de família, mas não realizarem visitas domiciliárias às “suas famílias”, considerarem que trabalham pelo método em equipa, o que pode constituir uma variável importante para a interpretação dos resultados obtidos.

Em **síntese**, os resultados permitem concluir que os enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Centro:

- possuem atitudes de suporte face à importância da família, o que constitui um critério importante para a qualidade dos cuidados;
- apresentam variação nos valores das atitudes de suporte consoante o ACES ou ULS onde os enfermeiros exercem funções;
- apresentam maior valor nas atitudes de suporte os que possuem maiores habilitações académicas e profissionais, formação específica em enfermagem de família, mais tempo de exercício profissional, os mais velhos e os que não possuem como método de organização dos cuidados o método funcional ou à tarefa.

Concluída a apresentação desta fase do estudo empírico, para dar resposta à questão e aos objetivos desta investigação, realizou-se a segunda fase que se denominou: Contextos e processos nos cuidados à família.

CAPÍTULO III - CONTEXTOS E PROCESSOS NOS CUIDADOS À FAMÍLIA

Nesta fase do estudo procurou-se responder às questões orientadoras já apresentadas na problemática em estudo (Capítulo I). No Capítulo anterior verificou-se que os enfermeiros que trabalham em CSP na ARS do Centro apresentam atitudes de suporte face à família e que estas atitudes se encontram relacionadas com algumas variáveis possíveis de identificar, nomeadamente as de caracterização sociodemográfica e profissional. Contudo, outras variáveis contextuais e individuais não foram identificadas, relacionando-se com as limitações do método de investigação utilizado.

Nesta fase do estudo, pretende-se analisar o processo de produção de cuidados à família pelos enfermeiros, em contexto de trabalho (nomeadamente pela identificação e análise dos fatores que influenciam a construção e produção de cuidados), conhecer a relação desses fatores com as condições experienciais, de formação e de organização do trabalho e compreender os elementos estruturantes do processo de cuidados às famílias pelos enfermeiros de CSP.

1 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

As questões e os objetivos de investigação induziram à realização de um estudo de natureza qualitativa inserido num paradigma de investigação naturalista que, na opinião de Fortin (2009), se fundamenta em princípios filosóficos que utilizam o raciocínio indutivo para estudar os fenómenos, compreender o sentido da realidade social na qual se inscreve a ação, tendo como finalidade a compreensão alargada dos fenómenos.

Num paradigma qualitativo, várias poderiam ter sido as estratégias investigativas utilizadas para responder às questões levantadas. Contudo, diferentes critérios (para além da natureza das questões) foram equacionados quer no planeamento do estudo, quer durante o processo de investigação.

No projeto desta tese foi previsto, para a concretização desta fase da investigação, realizar-se um estudo de orientação etnográfica, constituindo contextos de estudo, dois CS que integravam dois ACES, identificados a partir dos resultados apresentados no capítulo anterior.

Contudo, durante o espaço de tempo que decorreu desde os primeiros aos últimos procedimentos éticos e formais necessários à aproximação ao campo de estudo,

deu-se o desenvolvimento dos processos de reforma, com a transformação dos CS em diversas unidades funcionais de saúde, o que impediu o conhecimento profundo de vários contextos, condição necessária ao estudo etnográfico.

A convicção da utilização de uma metodologia descritiva e interpretativa enquadrada no paradigma construtivista manteve-se. Este paradigma supõe uma ontologia relativista, onde existem realidades múltiplas, uma epistemologia subjetivista, em que investigador e o entrevistado trabalham juntos na criação das compreensões, e um conjunto naturalista, ou seja, no mundo natural de procedimentos metodológicos (Denzin & Lincoln, 2008).

Assim, atendendo à natureza das questões de investigação (acima apresentadas), elegeu-se o estudo de caso como estratégia de orientação da investigação, proporcionando o conhecimento do “como” e do “porquê” de acontecimentos e fenómenos (Yin, 2010), que não foi possível obter a partir da metodologia quantitativa utilizada na primeira fase desta investigação.

A necessidade de compreender a construção do processo de produção de cuidados à família pelos enfermeiros apela ao reconhecimento de duas áreas essenciais que se caracterizam pela complementaridade no estudo do fenómeno: os contextos (unidades funcionais de saúde) e os atores (enfermeiros que trabalham nesses contextos), aos quais são exigidos novos papéis dentro das recentes equipas multiprofissionais que se formaram por cumprimento das orientações da atual reforma dos CSP.

Atendendo às diversas tipologias propostas pelos autores para o estudo de caso, utilizou-se o estudo de caso múltiplo ou multicaseos [(Bogdan & Bilken (1994); Yin (2010)], ou comparativo na perspetiva de Bogdan e Bilken (1994; 2013), ou ainda, na assunção de Stake (2012), o estudo de casos coletivos.

De acordo com Poupart *et al.* (2012), os casos múltiplos ou multicaseos, constituem já um tipo de amostragem que possibilita um panorama o mais completo possível das situações ou problemas, uma visão de conjunto e um retrato global do problema de pesquisa.

Os casos foram antecipadamente escolhidos, casos típicos ou amostra por contraste (Flick, 2005; Poupart *et al.*, 2012). A partir dos resultados obtidos na primeira fase do estudo, identificaram-se os ACES cujos resultados indicam atitudes de suporte (Família: parceiro dialogante e recurso de coping e Família: recurso nos cuidados de enfermagem) e atitudes de fardo (Família: fardo) em dimensões diferentes: as mais elevadas e as mais baixas. Assim, tendo em conta este critério e a acessibilidade aos dados, foram identificados dois ACES que foram denominados como ACES A, onde os enfermeiros apresentam níveis mais baixos nas atitudes de suporte e ACES B, onde os enfermeiros apresentam níveis mais elevados nas atitudes de suporte.

Os critérios de seleção dos atores tiveram em linha de conta enfermeiros que trabalhassem em USF ou UCSP, pertencentes aos dois ACES identificados, e que voluntariamente se disponibilizaram para participar no estudo.

Utilizou-se um método de amostragem não probabilística, amostragem por redes ou “em bola de neve”. Este método pressupõe que os indivíduos recrutados inicialmente, sujeitos que responderam aos critérios de inclusão, sugerissem, a pedido do investigador, outros indivíduos que lhe parecessem apropriados para participar no estudo. A esses novos elementos, o investigador solicitou a indicação de outros enfermeiros que possuísem as mesmas características pelas quais tinham sido escolhidos (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 2009), até se encontrar a saturação dos dados (Poupart *et al.*, 2012).

O processo foi iniciado com o recrutamento de dois participantes em cada um dos ACES, denominando-se estes por informantes-chave (enfermeiros chefes ou coordenadores de unidades funcionais de saúde).

Com este processo de amostragem, obteve-se nove participantes no ACES A. Dois constituíram os informantes-chave, três desempenhavam funções na UCSP A1 e quatro na UCSP A2. No ACES B entrevistaram-se, no total, dezanove sujeitos. Dois informantes-chave, cinco participantes da UCSP B, seis da USF B1 e seis da USF B2.

A decisão de terminar este processo de recolha de dados aplicou-se a cada caso separadamente, quando percecionada a exaustividade ou saturação dos dados, em cada unidade funcional de saúde, nomeadamente em relação às UCSP A1, UCSP A2 e UCSP B. Relativamente às USF B1 e USF B2, por não se ter obtido saturação dos dados, o processo de amostragem manteve-se até ao total dos enfermeiros que integravam as unidades (seis em cada uma destas unidades) (Poupart *et al.*, 2012).

No sentido de concretizar os objetivos apresentados e dando resposta às questões de investigação, pela metodologia já enunciada, teve lugar o processo de recolha de informação.

1.1 - PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Neste processo foram tidos em conta diferentes elementos que contribuíram para a seleção dos instrumentos a utilizar. Considerando o tipo de estudo, planeou-se recorrer à entrevista e observação participante como principais instrumentos para a recolha de informação. No entanto, tendo-se constatado que a observação constituía um importante constrangimento dos atores em estudo e a dificuldade de acesso da investigadora aos contextos, elegeu-se a entrevista como principal método de recolha de informação.

A importância da obtenção das realidades múltiplas, através das descrições e interpretações dos atores sobre o fenómeno em estudo, imprimiu a opção pela entrevista como a estratégia dominante para a recolha de informação (Bogdan & Biklen, 1994, 2013; Stake, 2012),

A entrevista semiestruturada possibilita a compreensão de um acontecimento ou fenómeno vivido pelos participantes, com a segurança de se obterem dados comparáveis entre os vários sujeitos e contextos de estudo (Bogdan & Biklen, 1994). Para isso, recorreu-se a um conjunto de questões respeitantes aos temas a abordar que constituíram o guião da entrevista (Fortin, 2009; p. 376).

O guião (Anexo 4) permitiu a orientação para os mesmos pontos de referência a todos os intervenientes, não tendo contudo, limitado as respostas. As questões colocadas foram questões abertas, possibilitando que a ordem de colocação das mesmas não fosse rígida, permitindo a criação um ambiente informal onde, na maioria das entrevistas, os temas se desvelaram sucessivamente sem haver necessidade de recorrer ao guião.

As entrevistas foram realizadas em gabinetes de enfermagem, quer no contexto do ACES A, quer no contexto ACES B. A todos os participantes foi solicitada autorização para gravar a entrevista, que teve em média a duração de 60 minutos.

A transcrição das entrevistas foi realizada pela própria investigadora, o que permitiu que simultaneamente se iniciasse a análise dos dados. As pausas, as audições, as reflexões e o repetir das audições constituíram um processo importante na análise dos dados. Foi transcrito o registo integral das narrativas expressas por cada participante e anotados os tempos de pausa ou de interrupções quer das entrevistas, quer dos discursos, embora não tivessem sido considerados relevantes para o fenómeno em estudo.

Depois da entrada em campo para a realização das entrevistas e do início do processo de análise das mesmas, foi sentida necessidade de obter uma compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo, tendo-se então recorrido, para além da entrevista, aos diferentes métodos (Streubert & Carpenter, 2002; Yin, 2010):

- Notas de Campo;
- Documentos oficiais dos contextos em estudo;
- Padrões de documentação das unidades.

Estes constituíram técnicas complementares de recolha e análise dos dados, não só para corroborar ou aumentar a evidência de outras fontes (Yin, 2010, p. 128; Denzin

& Lincoln, 2008, p.19), como também para permitir uma compreensão mais holística do fenómeno em estudo (Streubert & Carpenter, 2002). Por outro lado, o recurso a fontes múltiplas de dados e a métodos de recolha diversificados constituem, na perspetiva de Yin (2010), uma das características do estudo de caso.

As *notas de campo* constituíram, neste estudo, uma das técnicas complementares à realização das entrevistas semiestruturadas. Estas notas resultaram das entrevistas em momentos informais, em que os atores conversavam sobre o tema após ter terminado a gravação e se ter dado como concluída a entrevista ou em outros momentos em que, posteriormente à entrevista semiestruturada (mesmo noutros dias), os participantes sentiram necessidade de falar sobre o tema. Estas notas foram inicialmente gravadas pela investigadora, o mais próximo possível do acontecimento e depois foram transcritas para um documento que fez parte da base de dados a analisar.

Os *documentos oficiais dos contextos* em estudo integraram documentos do estudo das diferentes unidades funcionais: os regulamentos internos, guias e manuais de acolhimento de utentes, manuais de articulação entre as unidades funcionais e o CS e folhetos informativos. Dos ACES que integravam as unidades funcionais em estudo, foram analisados os planos de ação, contratos-programa e planos de desenvolvimento.

Os *padrões de documentação das unidades* compuseram também as fontes de dados a analisar. Utilizou-se, para isso, os aplicativos informáticos das diferentes unidades funcionais, onde foram observadas e analisadas a estrutura do aplicativo informático e a natureza dos registos efetuados pelos enfermeiros. Estes procedimentos foram efetuados durante algumas entrevistas (por solicitação de alguns participantes) ou após a realização delas (por solicitação da investigadora).

As fontes de informação utilizadas são identificadas do seguinte modo: E IC (entrevistas aos informantes-chave); E (entrevistas aos outros participantes); NC (notas de campo) e DOC (documentos oficiais dos contextos em estudo).

As entrevistas e as notas de campo foram numeradas por ordem crescente, de acordo com a recolha de dados efetuada. Assim: E IC - B - 1 (entrevista ao primeiro informante-chave do ACES B); E IC - B - 2 (entrevista ao segundo informante-chave do ACES B); E B - 1 (entrevista realizada ao primeiro participante da unidade UCSP B) e E B1 - 1 (entrevista do primeiro participante da unidade USF B1).

Após todo o processo de recolha e transcrição dos registos, deu-se início ao processo de codificação e análise dos dados, recorrendo-se para tal ao QSR NVivo 9, como ferramenta informática.

O processo de recolha de informação desta fase do estudo decorreu de setembro de 2011 a janeiro de 2013.

1.2- PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE INFORMAÇÃO

Todo o trabalho de pesquisa foi acompanhado do respetivo processo de análise qualitativa da informação, segundo autores da área (Bogdan & Biklen, 1994, 2013; Flick, 2005; Gibbss, 2009; Miles & Huberman, 1994; Stake 2012; Streuberg & Carpenter, 2002; Yin, 2010), procurando evidenciar os resultados do trabalho de campo.

A análise dos dados foi realizada unidade a unidade, uma vez que, aquando da realização das entrevistas e da transcrição das mesmas, se evidenciaram diferenças significativas na caracterização dos contextos e no processo de formação das unidades funcionais de saúde. Por outro lado, de acordo com a metodologia utilizada, para descrever e interpretar o fenómeno em estudo, a comparação dos dados em diferentes contextos tornou-se um importante contributo (Miles & Huberman, 1994).

Foi realizada a interpretação dos dados por codificação temática, uma vez que se pretendia conhecer as ideias temáticas nos diferentes casos e perceber como é que em cada caso essa ideia temática difere ou é afetada por outros fatores (Gibbss, 2009).

Contrariamente ao que é aconselhado por Yin, não se replicaram os casos (unidades funcionais de saúde), uma vez que o objetivo não era a verificação da ocorrência do mesmo fenómeno. Os casos foram analisados per si, cada um com as suas características. Depois de várias leituras das transcrições das entrevistas e das restantes fontes, iniciou-se a análise por codificação aberta. Esta análise, embora orientada pelos objetivos da pesquisa, foi realizada com base nos dados, e não em categorias pré-estabelecidas (Gibbss, 2009; Miles & Huberman, 1994).

A codificação resultou da análise do “emaranhado” de dados, de onde surgiram os temas mais relevantes. Estes temas foram subdivididos em subtemas e estes, consoante a temática, foram ainda subdivididos.

Retomou-se o primeiro caso (UCSP A1) e explorou-se como, dentro dele, uma ideia temática muda ou é influenciada por outros fatores.

Seguidamente, comparam-se as temáticas constituídas na análise deste caso com os outros casos ou unidades funcionais (UCSP A2, UCSP B, USB B1 e USF B2) tentando perceber se as temáticas variavam e como variavam dentro de cada caso (Gibbss, 2009).

Verificando-se que a estrutura temática podia estender-se a todos os casos, foi novamente retomada a análise do primeiro (UCSP A1) e, com a estrutura deste, procedeu-se à análise dos restantes casos, com o objetivo de facilitar a comparação e estabelecer diferenças e semelhanças entre os vários grupos em estudo.

Definida toda a estrutura temática, procedeu-se à comparação das semelhanças e diferenças existentes nas diferentes unidades em estudo (ou casos).

As narrativas descritivas dos participantes, as notas de campo, as entrevistas dos informantes-chave (que não integravam as unidades em estudo), os documentos orientadores dos contextos, os padrões de documentação em uso nas unidades e os resultados da primeira fase do estudo (atitudes dos enfermeiros face à família) foram integrados na análise, procedendo-se ainda à comparação destes achados com as características dos contextos e dos atores em estudo.

A validação do processo de análise de conteúdo foi realizada com a colaboração de dois juízes externos à investigação.

A utilização de *dois desenhos de métodos*, implementados de forma sequencial (primeira e segunda fases do processo de investigação), bem como o recurso a *diferentes fontes de dados* permitiram uma abordagem mais abrangente do fenómeno em estudo (Steubert & Carpenter, 2002). A triangulação não constituiu uma estratégia ou ferramenta de validação, mas uma alternativa para validação e simultaneamente uma tentativa de assegurar uma interpretação em profundidade do fenómeno em questão, acrescentando rigor, amplitude e profundidade à investigação (Denzin & Lincoln, 2008).

A análise dos dados deu origem aos temas que constituem o próximo ponto deste capítulo: Contextos, atores e mudanças na atual reforma CSP; Intervenientes e estratégias na e para produção dos cuidados às famílias e Intervenções em cuidados às famílias.

2 - CONTEXTOS, ATORES E MUDANÇAS NA ATUAL REFORMA CSP

Neste ponto da tese serão apresentados e caracterizados os contextos de estudo (unidades funcionais de saúde), os atores (enfermeiros participantes) e as mudanças imprimidas aos contextos e atores, resultantes da atual reforma dos CSP que emergiram da análise dos achados, a partir das entrevistas realizadas, dos documentos oficiais de cada ACES e de cada unidade funcional de saúde e ainda da análise dos padrões de documentação em uso nas unidades onde se realizou o estudo.

A transformação dos CS em unidades funcionais de saúde implicou a formação de novas equipas, métodos de organização dos cuidados e do funcionamento dessas mesmas unidades. As orientações legislativas do processo de reforma resultam das políticas internacionais e nacionais, já apresentadas na contextualização teórica desta tese, pressupondo maior investimento na saúde familiar e, conseqüentemente, no desenvolvimento da enfermagem de família. Contudo, na perceção dos atores deste estudo, nem todas as alterações propostas são consideradas potencialidades para o desenvolvimento da enfermagem de família. Existem também fragilidades que serão também assinaladas ao longo da apresentação e análise dos achados.

Um dos achados com maior evidência neste estudo, resultado desta reestruturação nos CSP, foi a *maior acessibilidade aos cuidados*, ponto positivo comum aos discursos dos participantes de todas as unidades em estudo e, por isso, assumido como uma das potencialidades para o desenvolvimento da enfermagem de família. Contudo esta acessibilidade não parece arrogar-se do mesmo significado para os participantes.

Nas narrativas dos participantes do ACES A, a maior acessibilidade aos cuidados relaciona-se com o alargamento do horário funcionamento das unidades:

“(...) enquanto antigamente os centros de saúde estavam abertos das 9 às 5, neste momento estão abertos das 8 às 20 e não fecham à hora do almoço e faz toda a diferença a acessibilidade(...)” (E A2 - 1)

Os participantes do ACES B, para além do alargamento do horário, destacam também a facilidade na marcação de consultas e do atendimento imediato:

“(...) a facilidade de ... a acessibilidade que existe demonstrada e a disponibilidade, é um fator facilitador. (...) há muitos anos atrás, os utentes esperavam horas para serem atendidas no centro de saúde e nem sempre ... e nem sempre eram atendidas, agora temos internet, temos o telefone, não precisa de ser o contacto presencial, as pessoas podem telefonar, e são agendadas, são encaminhadas, são atendidas, a sua situação é resolvida (...).” (E B - 1)

A maior acessibilidade aos cuidados constituiu um dos principais objetivos governamentais da atual organização dos CSP, constatando-se a sua concretização, não só nos resultados deste estudo, como também nos sucessivos relatórios do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2010; 2011; 2012; 2013; 2014) e nos documentos da monitorização dos CSP (MCSP, 2007; MCSP 2008; Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, 2010; MS & Escola Nacional de Saúde Pública, 2011).

Para além da acessibilidade, esta reorganização veio colocar novos desafios às equipas, imprimindo aos atores que as experienciam perceções nem sempre positivas, o que corresponde às fragilidades da reforma.

Seguidamente, apresenta-se a caracterização dos contextos e dos atores separando-se o ACES A do ACES B.

2.1 - ACES A: ATORES E REORGANIZAÇÕES NOS CONTEXTOS DE CUIDADOS

O ACES A abrange cerca de 60 960 habitantes e é composto por três Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Saúde Pública (USP), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Destas unidades, constituíram contextos de amostragem duas UCSP as quais designámos por UCSP A1 e UCSP A2.

A entrada em campo neste ACES fez-se por intermédio de uma das informantes-chave que ocupa um lugar de gestão (IC - A -1), tendo sido posteriormente indicada por esta outra informante (IC - A - 2), que desempenha funções de coordenação numa unidade fora dos contextos em estudo. Apresenta-se no Quadro seguinte a caracterização destas participantes.

Quadro 6 - Caracterização das informantes-chave do ACES A

INFORMANTES-CHAVE ACES A		
Participantes	IC A - 1	IC A - 2
Idade	62	40
Género	Feminino	Feminino
Experiência profissional total	39	15
Experiência profissional em CSP	37	15
Habilitações literárias	Licenciatura	Licenciatura
Formação especializada	Saúde Pública	Não possui
Formação enfermagem de Família	Não possui	Não possui

A partir destas, foi possível obter sete participantes no total das equipas de enfermagem (UCSP A1 e UCSP A2) caracterizadas no Quadro 7, sendo, contudo, a **UCSP A1**

constituída por cinco enfermeiros, seis médicos e quatro administrativos e a **UCSP A2** composta por cinco enfermeiros, sete médicos e quatro administrativos.

Quadro 7 - Caracterização das participantes do ACES A

Participantes	UCSP A1			UCSP A2			
	A1 - 1	A1 - 2	A1 - 3	A2 - 1	A2 - 2	A2 - 3	A2 - 4
Idade	50	34	30	42	40	46	49
Género	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Experiência profissional total	15	13	5,5	18	18	19	25
Experiência profissional em CSP	11	2	5,5	17	12	11	10
Habilitações Literárias	Licenciatura	Mestrado (Enfermagem médico-cirúrgica)	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura
Formação especializada	Não possui	Enfermagem médico-cirúrgica	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui
Formação enfermagem de Família	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui

Antes da atual reforma, as equipas de enfermagem pertenciam a um único CS, ainda que em diferentes unidades (sede e extensões de saúde). Aquando da colheita de informação (iniciada em abril de 2012, neste ACES), as duas unidades tinham-se formado há um ano.

A formação das equipas e a separação nas UCSP A1 e A2 não foi sentida da mesma forma pelos atores. Ainda que no regulamento do grupo de MCSP (2008_a, p. 1) se estabeleça que “A constituição será feita pela direcção do ACES (...)”, neste caso a formação das unidades foi realizada em reunião conjunta com os elementos que compunham o antigo CS e que funcionavam na sede deste.

Na UCSP A1, a formação da unidade foi sentida pelos participantes de forma *desagradável*:

“Foi muito desagradável, (...) na formação da unidade, nós não conseguíamos escolher, não é? Uma colega em relação a outra, não dava para preterir ninguém, então pensamos fazer por sorteio (...) houve uma colega (...) que sugeriu: «não, eu gostaria de trabalhar com esta, esta e esta» e eu, fiquei assim a olhar para ela,

estava cá ainda há pouco tempo, e disse está bem! Portanto ela escolheu a equipa dela que é a outra UCSP, que é a debaixo, todas as outras que ficaram juntaram-se (...) formamo-nos por (...) exclusão de partes (...). Entretanto, os médicos, escolheram-se entre eles, eles tinham a equipa deles formada e nós então, ficamos nesta equipa que também (...) e assim originou a nossa UCSP” (E A1 - 1)

Já os participantes da UCSP A2 consideram que a organização a unidade, não teve nada a ver com a reforma, porque a equipa pluridisciplinar já se conhecia e já trabalhavam juntos e queriam trabalhar por enfermeiro de família:

“Não teve nada a ver com a reforma, porque esta equipa ... a equipa de enfermagem foi mais ou menos escolhida e a equipa médica também, portanto todos estes médicos que aqui trabalham já se davam bem, portanto (...) isto não é bem uma USF, mas as pessoas quase que se escolheram umas às outras para trabalhar e isso faz toda a diferença, é o que eu digo faz toda a diferença, acho que ... ajuda bastante.” (E A2 - 1)

A evidência ao método de trabalho idealizado por estas participantes parece ter sido um critério para a formação desta equipa, que anteriormente se organizava por equipas de saúde familiar.

A diferente *dinâmica de formação das equipas* constitui por si só uma fragilidade, embora esta não tenha sido levada a cabo com as orientações legislativas, uma vez que existe apenas para as USF orientação para a autoformação das equipas.

Após a formação das duas unidades, ambas as equipas passaram a ocupar o mesmo edifício, sem contudo ter existido uma fronteira física que separasse, ainda que com alguns limites entre gabinetes médicos e de enfermagem.

Nesta reestruturação é apontado, no Plano de Desempenho (PD) do ACES A, algumas fragilidades das estruturas físicas nomeadamente: *“(...) as atividades de enfermagem decorrem, muitas delas em locais exíguos, sem privacidade para os utentes, e que contraria as normas para controlo de infeção em serviços de saúde”* tendo sido realizadas adaptações que:

“(...) permitiram dotar cada médico de um gabinete, atribuir espaços mais condignos às atividades e consultas de enfermagem, colmatando algumas das deficiências de organização de espaços que dificultam o trabalho em equipa e a organização de Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados”. (DOC PD ACES A, 2011, p.32, 33)

Na perspetiva dos atores destas unidades, a *estrutura física* apresenta alguns condicionantes ao desenvolvimento do processo de cuidados à família:

“(...) não conseguimos estar todas no mesmo piso, temos, somos duas UCSP e funcionamos as duas em cima e em baixo, a sala de tratamentos está isolada das restantes valências. (...) Em termos de gabinetes de enfermagem, temos 5, onde se inclui a sala de tratamentos, são 4 cá em cima, estes 2 e o pequenito ali que é mesmo uma situação de desenrasca, não é? (...) e temos a sala do planeamento familiar (...)” (E A1 - 1)

“(...) isto são estruturas físicas adaptadas de CS anterior com... salas de tratamento longe dos consultórios médicos, com ... com insuficiência em salas e ... é muito difícil trabalhar como enfermeiro de família nesta estrutura física, não só pelo numero de pessoas, mas também pela estrutura física” (E A2 - 1)

Os constrangimentos sentidos nos cuidados à família não só se limitaram à falta de adaptação das estruturas físicas das unidades, como também aos *recursos humanos*. Em relação ao número de enfermeiros, a UCSP A1 possui 11382 utentes inscritos, correspondendo a um rácio de 2276.4 utentes por enfermeiro e a UCSP A2 perfaz 13294 utentes inscritos, o que corresponde a um rácio de 2658.8 utentes por enfermeiro, o que, na perspetiva dos participantes da UCSP A2, os impede de desenvolverem o trabalho por enfermeiro de família, como pretendiam:

“(...) nós não conseguimos trabalhar como enfermeiro de família e médico de família, não dá, portanto nós as 5 damos apoio aos 7 médicos, mas não necessariamente uma a cada um que está atribuído, até porque pelo número não conseguimos atribuir um médico a cada enfermeiro (...) decidimos por uma questão de ser mais fácil, quem está nos tratamentos, tem 4 semanas os tratamentos, portanto vai estando 4 semanas, nas outras valências, falo de saúde infantil, saúde materna, planeamento, diabetes, hipertensão, vamos de semana a semana, portanto rodamos semana a semana mantendo-se a pessoa que está nos tratamentos. (...) não é possível de outra maneira, que não é a situação ideal trabalhar por tarefa, que já lá vai o tempo que o enfermeiro trabalhava por tarefa, não é de todo a ideal, mas é a que é possível neste momento (...)” (E A2 - 1)

Com os constrangimentos citados, a *organização dos cuidados* da equipa de enfermagem na UCSP A1 é realizada por programas e não por ficheiros ou por famílias:

“(...) nós temos 5 médicos, uma de nós faz a valência de planeamento familiar dos 5 médicos, outra faz a parte de diabetes dos 5 médicos(...) o horário é...

é elaborado mensalmente, o horário é sempre o mesmo, ou seja, eu estou um dia na semana que eu estou de tratamentos, ou seja, à terça-feira eu só faço tratamentos, ah ... ah ... outra colega tá, tá sempre de saúde infantil os dias são sempre os mesmos, é mensal, (...) mensalmente alteramos (...) (E A1 - 1)

Relativamente aos cuidados à família no domicílio, em ambas as unidades são realizados por uma enfermeira que pertence à equipa de cuidados continuados integrados:

“Os domicílios da nossa unidade são feitos pela colega que faz os domicílios da ECCL, portanto são os domicílios à parte, não é, têm características diferentes ...” (E A1 - 1)

A mudança na organização dos cuidados foi percebida como ponto positivo ou potencialidade da atual reforma pelos participantes da UCSP A1, uma vez que até à formação desta unidade:

“(...) aqui do CS (...) funcionava por valências ... ah .. e entretanto com a criação de ... da unidades, cada enfermeiro, dentro da sua equipa passou a assegurar um bocadinho todas as ... as áreas, é um trabalho mesmo assim mais completo, mas não tão ... gratificante como acho que seria o trabalho por enfermeiro de família, que nós não temos possibilidade de realizar aqui ... pronto ...ah ... ah ... (...) senti que deixou de se trabalhar à tarefa (...).” (E A1 - 2)

Perceção diferente foi apresentada nos discursos dos informantes da UCSP A2, podendo dever-se ao facto destes enfermeiros, anteriormente à reforma, terem trabalhado por equipas de família e terem idealizado manter a mesma após a formação da unidade.

Quer os enfermeiros da UCSP A1, quer os enfermeiros da UCSP A2 consideram a criação das próprias unidades, outra potencialidade da reforma. Para os enfermeiros da UCSP A1, a formação da unidade possibilitou o estabelecimento de relações de cumplicidade entre a equipa, o que consideraram uma mais-valia:

“(...) uma das mais-valias que vi neste ultimo ano, foi realmente a criação da nossa UCSP e a cumplicidade que há intraequipa, médicos e enfermeiros ... médicos e enfermeiros, o relacionamento é muito bom, é espetacular mesmo!” (E A1 - 1)

Já para os participantes da UCSP A2, a formação da unidade facilitou o desenvolvimento do trabalho em equipa, nomeadamente a colaboração dos médicos no cumprimento dos indicadores de vacinação e rastreios:

“(...) eu acho que a parte de enfermagem batalhou muito, nós tínhamos indicadores muito baixos (...)e envolvemos os médicos, fizemos uma exposição aos médicos, dissemos nós temos esta taxa de vacinação, nós queremos subir para X, vocês têm que nos ajudar, vocês quando os apanham nas consultas têm que mandar para a enfermeira (...)”(E A2 - 1)

Por outro lado, para os enfermeiros das UCSP A1 e UCSP A2, a criação destas unidades permitiu às equipas atingir “bons” indicadores:

“(...) estamos com excelentes indicadores ... (...)ah ... eu acho que isso tem sido uma mais-valia, muito grande (...) as pessoas vinham aos médicos mas não tinham consulta de diabetes, nós agora sabemos que eles cá vêm e nós apanhamos todos para a consulta de enfermagem. Essa é a grande mais-valia realmente dessa nova reforma nos cuidados (...)” (E A1 - 1)

A falta de preparação da equipa de enfermagem, à metodologia de trabalho prevista (método de enfermeiro de família), foi percecionada pelos participantes da UCSP A1 como uma das fragilidades da atual reforma:

“(...) para as colegas onde tiveram muito tempo, sempre na mesma área foi um bocadinho mais complicado (...) antes de acontecer esta mudança, eu diria, vai ser muito difícil ... como é que isto vai acontecer? mas agora não, pela vantagem também que nós temos ... como vamos rodando, vamos estando sempre com colegas que estão mais integradas em determinada área, e isso é bom para nós ... porque também nos vão transmitindo aqueles conhecimentos e nós vamos ficando mais à-vontade. ” (E A1 - 3)

Este facto parece relacionar-se com a mudança de método de organização dos cuidados da equipa de enfermagem desta unidade. Ainda que atualmente não utilize o método de enfermeiro de família, a mudança no método de trabalho puramente por tarefa ou equipa, para a rotatividade dos enfermeiros pelas diferentes áreas da saúde familiar, trouxe o sentimento de falta de preparação.

Estas duas unidades, não possuem regulamento interno, pelo que os dados apresentados em relação aos documentos oficiais integram apenas o Plano de Desenvolvimento (PD) e o Contrato Programa (CP) do ACES A.

No que respeita à enfermagem, no Contrato Programa refere apenas a utilização da CIPE como classificação adotada para o SNS, nomeadamente para os cuidados primários, na atividade assistencial realizada em regime de ambulatório. Neste contexto, é enunciado no DOC PD ACES A (2011, p. 47) a necessidade formativa em relação aos aplicativos informáticos, propondo:

“Criação de bolsa de formadores internos que possam efetuar formação em serviço, em particular nas aplicações informáticas médicas e de enfermagem, relativamente às quais os profissionais têm demonstrado algum desconhecimento”

Relativamente aos cuidados de enfermagem, no mesmo documento (DOC Plano de Desempenho do ACES) são identificadas atitudes terapêuticas e atos de enfermagem, como indica o Quadro que a seguir se apresenta.

Quadro 8 - Cuidados de enfermagem

ATITUDES TERAPÊUTICAS		ATOS DE ENFERMAGEM
Intervenções no domicílio	Visitas Domiciliárias Tratamentos Injetáveis Promoção da Saúde Vacinas	Saúde Materna Saúde Infanto-juvenil Planeamento familiar Idosos adultos Hipertensos, Diabetes Atitudes terapêuticas em ambulatório Atitudes Terapêuticas em visitas domiciliárias Educação para a Saúde em Grupos
Intervenções em ambulatório	Tratamentos Injetáveis Vacinas	
Educação para a saúde em grupo	Na comunidade No Centro de Saúde	
Consultas enfermagem	Com consulta médica Sem consulta médica	

Fonte: adaptado de DOC PD ACES A (2011)

2.2 - ACES B: ATORES E REORGANIZAÇÕES NOS CONTEXTOS DE CUIDADOS

O ACES B abrange 110 000 habitantes e integra as unidades correspondentes a três CS, tendo sido selecionadas por critério de acessibilidade as unidades que integram um destes CS.

À semelhança do ACES A, a entrada em campo neste contexto fez-se por intermédio de duas informantes-chave, ambas com cargos de gestão e coordenação de unidades. A caracterização destas participantes encontra-se no Quadro 9.

Quadro 9 - Caracterização dos informantes-chave do ACES B

INFORMANTE-CHAVE ACES B		
Participantes	IC B - 1	IC B - 2
Idade	53	48
Género	Feminino	Feminino
Experiência profissional total	30	21
Experiência profissional em CSP	20	20
Habilitações literárias	Licenciada	Mestre em saúde pública
Formação especializada	Saúde Infantil	Saúde Infantil
Formação em enfermagem de família	Não possui	Pós-graduação em enfermagem de Família

Por motivos relacionados com o método de amostragem, a colheita de dados foi realizada em três unidades funcionais de saúde, duas USF (USF B1, USF B2) e uma UCSP (UCSP B), existindo contudo mais duas UCSP e uma UCC, no CS que lhes deu origem.

O acesso aos participantes do estudo foi também resultado da indicação dos informantes-chave e pelo processo de seleção utilizado obteve-se, no global, dezassete participantes, sendo que destes cinco eram enfermeiros na UCSP B, apresentando-se a sua caracterização no Quadro 10.

No que respeita à **UCSP B**, a equipa multiprofissional alocada às instalações físicas do antigo CS, onde colhemos os dados, é constituída por: 10 médicos, 9 enfermeiras e 5 secretárias para uma população inscrita de 15.437 utentes (registo SINUS a 31 de dezembro de 2012).

Quadro 10 - Caracterização dos participantes da UCSP B

UCSP B					
Participantes	B - 1	B - 2	B - 3	B - 4	B - 5
Idade	32	44	57	52	53
Género	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Experiência profissional total	11	23	38	31	33
Experiência profissional em CSP	1,3	23	32	31	10
Habilitações Literárias	Mestrado em sociopsicologia da saúde	Licenciatura	Bacharelato	Licenciatura	Licenciatura
Formação Especializada	Enfermagem de saúde comunitária	Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	Não possui	Não possui	Enfermagem de reabilitação
Formação Enfermagem de Família	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui

A *formalização da UCSP B* foi realizada em dezembro de 2009, com os elementos de enfermagem, do antigo CS, que não integraram as USF que se formaram (USF B1 em 2006 e USF B2 em 2009), o que na perceção de uma das informantes-chave se configurou num processo complicado:

“Com o resto da USF, sim ... com quem não foi convidado para a USF e que na altura foi muito mau, caiu muito mal às pessoas e ... principalmente às enfermeiras ... a ... numas mais do que noutras, claro e ... e ... foi assim um processo um bocadinho complicado para nós gerirmos, mas pronto ...” (E IC - B - 2)

Relativamente à *organização dos cuidados de enfermagem*, anteriormente à atual reforma dos CSP, os cuidados nesta unidade eram organizados por equipas de saúde familiar:

“(...) antes das USF ... (...) quando viemos para aqui em Dezembro de 2001 que começamos logo a fazer, portanto por ficheiro, porque a organização o permitiu, o edifício permitia ... coisa que nós onde estávamos não tínhamos essa hipótese,

apesar de já estarmos distribuídas, porque cada uma já tinha o seu médico (...) não tínhamos salas (...) aqui não, aqui já se definiu mesmo ... enfermeiro-medico de família, onde há um gabinete de enfermagem e onde há um gabinete médico (...) estrutura condiciona muito, condiciona muito a organização ... muito mesmo, nós não conseguíamos de maneira nenhuma, trabalhar assim, no outro serviço...” (E B - 4)

Com a formalização da unidade, cada enfermeiro manteve a responsabilidade pelos utentes inscritos no ficheiro médico com o qual trabalham, o que nas suas opiniões é manifestado como uma mais-valia, ou uma potencialidade ao desenvolvimento da enfermagem de família:

“Gosto do modo como a minha unidade está organizada, porque permite que o enfermeiro de família e o médico de família atuem em parilha, em equipa (...). Na minha perspetiva, sinto que se pode efetivamente fazer enfermagem de família. (...) a organização por ficheiros, é fundamental.” (E B - 1)

Ainda em relação à metodologia de organização dos cuidados, as visitas domiciliárias não são sempre realizadas pelo mesmo método, isto é, nem sempre realizam às famílias pelas quais são responsáveis, uma vez que não existe disponibilidade de transporte e pela dimensão da área de abrangência de cada ficheiro, bem como da própria UCSP:

“(...)nós estávamos a ter muita dificuldade com a gestão do carro, 3 horas é pouco, a (...) tem uma área urbana muito grande (...) vai até muito longe e pertence-nos e há pessoas por lá também ... e quando calha os domicílios serem para aquelas zonas ... o tempo que se perde para trás e para diante ... pronto de qualquer das maneiras é complicado (...)” (E B - 3)

No entanto, por considerarem que não é o método ideal para a qualidade dos cuidados, reúnem esforços para uma organização diferente:

“Então nós agora, na última reunião fizemos uma reorganização da escala de domicílios para termos horas para cada pessoa ir aos domicílios, de modo que seja cada pessoa, privilegiar as suas famílias. Está definido, já foi assinado, há 2 semanas (...)” (E B - 1)

Na UCSP B existe um Regulamento Interno (RI) onde se encontra registada a equipa coordenadora efetiva, constituída por uma médica, uma enfermeira interlocutora e uma secretária clínica, ainda que legislativamente não esteja prevista a figura de interlocutor.

A definição do organograma constituiu um dos pontos positivos da criação da UCSP B, na perspetiva de alguns enfermeiros que lá trabalham:

“(...) depois de se formar a UCSP, nós notamos foi que houve melhor organização, (...) não se sabia bem ... quer dizer, havia muita dispersão ... assim houve maior controlo, digamos assim (...) houve um maior controlo dentro da própria unidade, o desenho, o organograma ficou mais definido, sabemos quem é a cadeia de comando, ficamos mais ao menos com essa ideia, na nossa cabeça, não é? ... pronto (...)” (E B - 5)

Para além do organograma no DOC RI desta unidade, registam-se, entre outras, as seguintes competências do enfermeiro interlocutor:

- *“Transmitir aos restantes elementos do respetivo setor profissional todas as informações e orientações que o Coordenador da UCSP.*
- *Transmitir ao Coordenador todas as necessidades e problemas detetados a nível setorial, assim como sugestões a implementar para uma permanente melhoria da qualidade dos serviços prestados.*
- *Coordenar a atividade de enfermagem, garantindo o cumprimento do Plano de Ação.*
- *Criar condições para manter ativo e vivo o espírito de coesão da equipa.*
- *Colaborar na avaliação de desempenho do seu grupo profissional.*
- *Determinar os recursos necessários (humanos, logísticos e materiais) adequados às necessidades da população (comunidade, individuo e família).*
- *Programar, planificar e efetuar reuniões de enfermagem, que deverão ser semanais ou sempre que se justifique a sua necessidade.*
- *Assegurar a divulgação e realização de atividades de formação para os enfermeiros.*
- *Selecionar e planificar os temas a discutir em formação interna de enfermagem, de acordo com as necessidades sentidas pelos enfermeiros da equipa.*
- *Criar condições para que sejam efetuados estudos/trabalhos científicos de enfermagem.*
- *Promover a ligação com a Coordenadora da Unidade, Enfermeira Chefe e a Enfermeira Supervisora do CS (...)” (DOC RI, 2012, p. 24,25).*

No mesmo documento é indicado que *“Os profissionais de enfermagem realizam as suas atividades de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional (REPE),*

em colaboração e articulação com os restantes elementos da equipa, praticando o conceito de enfermeiro de família” (DOC RI, p. 37).

O Regulamento interno possui descritas as funções de enfermagem tendo sido estas resultado da construção da própria equipa:

“O regulamento da UCSP foi feito em reuniões de enfermagem ... houve várias reuniões de enfermagem onde construíram o regulamento.” (E IC - B - 2).

Assim, registam-se, entre outras, as seguintes competências de enfermagem:

- *“Identificar as necessidades de saúde individuais e familiares.*
- *Desenvolver atividades nas áreas da prevenção e promoção da saúde, fazendo uso da educação para a saúde dirigida para o indivíduo, família e comunidade.*
- *Realizar consultas de vigilância (Saúde Infantil e Juvenil, Saúde da Mulher e Rastreio oncológico, Diabetes, INR, HTA), em equipa com o médico, informando e orientando de acordo com as necessidades individuais e familiares.*
- *Fazer visitação domiciliária de âmbito curativo, preventivo e promoção da saúde, em especial a famílias de risco, indivíduos dependentes acamados ou temporariamente incapacitados por doença.*
- *Proceder à vigilância e cumprimento do PNV.*
- *Colaborar na elaboração de protocolos de atuação.*
- *Participar em reuniões gerais, de equipa e de enfermagem.*
- *Articular-se com os diversos serviços do ACES e com outras Instituições de Saúde e Apoio Social.” (DOC RI, 2012, p. 37, 38).*

No DOC RI (2012, p. 34, 35) em relação à enfermagem, consta ainda o *“Atendimento Enfermagem:*

- *“As consultas de enfermagem são realizadas em cada gabinete de enfermagem respeitante a cada Equipa de Saúde ou sala de tratamentos/pensos, por marcação, de acordo com as necessidades dos utentes e disponibilidade do agendamento.*
- *As consultas de enfermagem serão efetuadas com a porta fechada. Os utentes podem fazer-se acompanhar de familiar ou outro, se assim o desejarem e não for contraindicado para os cuidados do mesmo.*

- *Se o Médico de Família necessitar de um agendamento de enfermagem deverá solicitar à sua Enfermeira de Família que o realize, de acordo com a sua atividade”.*

Esta unidade ainda que seja UCSP apresenta algumas características que a distinguem das UCSP A1 e UCSP A2. Possui regulamento interno, orientação específica para as competências dos enfermeiros, onde é identificada a figura do enfermeiro de família e, ainda, o facto de terem sido os próprios enfermeiros a definir estas competências, à luz das orientações legislativas.

A **USF B1** possui uma equipa multiprofissional constituída por seis enfermeiros, seis médicos e cinco secretárias clínicas. Em dezembro de 2012, a população inscrita era de 9971 utentes. Está organizada em duas estruturas: a estrutura de gestão e a estrutura de prestação de cuidados. A estrutura de gestão engloba: o conselho geral (constituído por todos os elementos da equipa); o coordenador (um médico); o conselho técnico (constituído por um médico e um enfermeiro) e o interlocutor do secretariado (DOC RI, 2010).

Na USF B1 foram entrevistados todos os enfermeiros da unidade, constituindo uma amostra de seis, como se observa no Quadro 11, onde se apresenta a sua caracterização.

Quadro 11 - Caracterização dos participantes da USF B1

USF B1						
Participante	B1 -1	B1 - 2	B1 - 3	B1 - 4	B1 - 5	B1 - 6
Idade	46	30	30	34	33	31
Género	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Experiência profissional total	22	8	7	13	11	9,5
Experiência profissional em CSP	12	6	6	6	11	5,5
Habilitações Literárias	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura
Formação especializada	Enfermagem de saúde infantil e pediátrica	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui
Formação Enfermagem de família	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui

Os participantes da USF B1 consideram que a atual reforma não trouxe muitas alterações para a equipa:

“(...) aqui o CS já funcionavam um pouco independente do CS da (...) já faziam os seus próprios horários, já tinham uma equipa fixa, trabalhavam muito autónomos, muito independentes e então só foi ... enquanto que para as outras USF eu acredito que tenha sido uma luta ser USF, e então há aquela motivação ... projetos que todos tiveram dificuldades e sentiram as dificuldades, acho que faltou aqui isso, porque foi tão fácil fazer, então podemos trabalhar como já trabalhávamos” (E B1 - 3)

A criação da USF B1 foi formalmente realizada em 2006, por iniciativa do médico coordenador que já na altura do Regime Remuneratório Experimental queria aderir a esse projeto:

“Começou muito por iniciativa do Dr. (...) Pronto, ele é mesmo assim ... o grande impulsionador ... (...) para aí em ... 2002, mais ou menos ... eles, eles começaram a trabalhar ... (...) começaram efetivamente em 2006, ou seja ... inicialmente, no entanto eles já estavam organizados ... naquele conjunto antes disso (...)” (E IC - B - 2)

É uma USF modelo A que funciona em instalações físicas distintas das outras unidades do ACES B. Embora a estrutura física desta unidade tenha sido reestruturada para o efeito, alguns participantes da equipa de enfermagem referem que a unidade não possui adequação às necessidades por não ter sido criada de raiz e os elementos da equipa entenderem que estava ótimo:

“(...) enquanto que a maior parte das USF foram criadas de raiz, com pessoas novas, com instalações novas, com tudo novo, a nossa foi ... as pessoas já cá estavam, vieram apenas estas 3 enfermeiras de fora, tudo foi herdado, o espaço, já o tinham, ficou, está ótimo! As pessoas já cá estão, ficam, estão ótimas (...) convidaram-nas às 3 para vir, mas o resto estava tudo ... foi um dado adquirido, enquanto, eu acho que, as USF que cresceram do zero, cresceram muito mais ... porque foi ... primeiro adaptarem-se a trabalharem juntos, mudarem de instalações muitas delas, adaptarem-se ao espaço, adaptarem-se às realidades novas, nós não.” (E B1 - 2)

Na descrição dos atores, o método de organização de cuidados que utilizam é o método misto, uma vez que em algumas consultas de vigilância planeadas (como é o

caso da saúde da mulher, da diabetes e da hipertensão), quando estão disponíveis, seguem os mesmos utentes e famílias, e noutras (como a saúde infantil e as visitas domiciliárias) atendem todos os utentes, de qualquer ficheiro.

“(...)nós aqui não funcionamos verdadeiramente como enfermeiro de família, não temos, somos enfermeiros de família, para um determinado número de famílias, mas não ah ... não é em todas as situações, ou seja, nós funcionamos como modelo misto. Todas as consultas que sejam programadas: saúde infantil, diabetes, saúde da mulher, HTA, todas essas consultas que são marcadas, são preferencialmente acompanhadas pelo enfermeiro de família, depois todas as outras (...)” (E B1 - 1)

As consultas de saúde infantil são realizadas por um enfermeiro especialista que para a equipa de enfermagem constitui uma mais-valia:

“(...)temos a grande mais-valia de ter (...) especialista em saúde infantil (...) ele está muito mais desperto ... se não, não havia necessidade de haver especialidades, não é? ele está muito mais desperto, nós temos noção que fazemos uma consulta ao pé dele, muito mais generalista, por isso é que há a especialidade, se não houvesse, não havia necessidade de haver especializações.” (E B1 - 2)

No que respeita às visitas domiciliárias, a metodologia é semelhante a todas as outras unidades já apresentadas:

“De 6 em 6 semanas cada um de nós vai para a semana de domicílios e durante a manhã fazemos os domicílios, terminamos à hora que conseguirmos, depois vimos para o serviço, se chegarmos cedo ainda conseguimos fazer algumas das nossas consultas, se não, fazemos os registos, fazemos a mala e quando vamos a ver, já são 4 horas. Nessa semana não atendemos as nossas famílias, só se telefonarem ou quiserem falar connosco e nós conseguirmos de alguma forma (...)” (E B1 - 3)

Esta unidade possui DOC RI (2010), embora nele não estejam discriminadas as competências do enfermeiro, nem referido o método de organização dos cuidados. Este documento, no que respeita à equipa de enfermagem apenas se regista as áreas específicas, nomeadamente: formação interna (desenvolvimento profissional contínuo), formação externa (médica e de enfermagem) e de Investigação. Constituindo desígnios da equipa de formação na área de enfermagem:

”Articular com o enfermeiro responsável pelos estágios dos alunos de enfermagem e enfermeiros estagiários do ACES (...) de acordo com o estabelecido no

manual de articulação da USF (...) e ACES (...); Articular com os docentes responsáveis pelos respetivos estágios; orientar, supervisionar e avaliar os estágios de enfermagem”.

A **USF B2** é uma USF modelo B, unidade com autonomia técnica e funcional, sem personalidade jurídica. Tem uma população inscrita de 10 497 utentes (registo SINUS de 31 de dezembro), propondo-se prestar os cuidados de saúde definidos na Carteira Básica de Serviços.

A estrutura interna geral é composta por uma coordenadora da USF (uma médica), o conselho geral (composto por todos os elementos da equipa multiprofissional), o conselho técnico (constituído por uma médica e por uma enfermeira) e outros órgãos de apoio (responsável de enfermagem; responsável administrativa).

É composta por uma equipa multiprofissional que integra: 6 médicas; 6 enfermeiras e 5 administrativas. Nesta unidade foi obtida uma amostra de seis participantes, correspondendo também ao total de enfermeiros que a compõem, apresentando-se a caracterização destes no Quadro seguinte.

Quadro 12 - Caracterização dos participantes da USF B2

USF B2						
Participantes	B2 - 1	B2 - 2	B2 - 3	B2 - 4	B2 - 5	B2 - 6
Idade	44	29	32	38	41	45
Género	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Experiência profissional total	21	6	11	15	18,5	23
Experiência profissional em CSP	20	6	9	15	8	11
Habilitações Literárias	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura
Formação especializada	Enfermagem de saúde comunitária	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui
Formação enfermagem de família	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui

Esta unidade encontra-se instalada no mesmo edifício e andar da UCSP B, ainda que em instalações físicas independentes. Foi aprovada por candidatura em dezembro de 2007.

De forma distinta da USF B1, a *formação da USF B2* foi da iniciativa da equipa de enfermagem:

“(...) foram as enfermeiras que se juntaram e que depois acharam que, tento em conta aquilo, aquelas médicas eram as adequadas e ... foi um bocadinho ao contrário ... embora não tenha sido tão explícito assim, se não, elas tinham dito que não ... a ... até porque embora se falasse assim as coisas no ar ... depois coube-me a mim ... a ... falar oficialmente com elas no concreto, olha nós estamos a pensar fazer isto assim, assim e gostaríamos muito de vocês connosco, o que é que acham? ... Portanto teve que ser assim um bocadinho ... também era importante para vocês ... foi assim uma negociação. (E IC - B - 2)

No entanto a candidatura foi realizada com a participação da equipa pluridisciplinar:

“Para a candidatura (...) até mesmo as administrativas ... nós envolvemos as administrativas desde o primeiro momento (...) as administrativas foram envolvidas, as médicas, as enfermeiras, fizemos muitas reuniões ao fim de semana, ao fim do dia, muitas noites de trabalho, em casa de uma, em casa de outra (...) porque cada uma de nós trabalhava uma área específica, para fazer a ... a parte do plano de ação daquela área específica (...)” (E IC - B - 2)

Antes da formação da unidade a *organização dos cuidados* era realizada por equipas de saúde familiar, requisito que os enfermeiros mantiveram, referindo mesmo que foi uma condição:

“(...) aliás foi (...) uma das condições que a equipa, quando nos unimos (...) que todas queríamos era trabalhar com este método” (E B2 - 2)

Os participantes desta unidade descrevem a metodologia de organização de cuidados que utilizam:

“(...) nós somos modelo B e nós temos que trabalhar como enfermeiros de família (...) é obrigatório trabalhar ... nós temos famílias atribuídas, eu sou enfermeira daquele número de família.(...) só se eu não estiver cá de férias ou ausências ... ah ... é que serão por outra, agora estando cá eu ... mesmo assim elas têm como enfermeira de referência a enfermeira de família, e aparece o meu nome como enfermeira de família.” (E B2 - 4)

Relativamente às visitas domiciliárias:

(...) a única coisa que não é feita pela própria enfermeira de família é a VD (...) que cada dia está uma pessoa a fazer as VD, por causa das agendas ... não podemos sair todas ao mesmo tempo, e porque umas estão a fazer as manhãs, outras tarde (...) porque não temos motorista temos que andar com o táxi, ora nós na nossa disponibilidade de horário, agora posso ir eu, e chamava o táxi ... agora posso ir eu, era complicado e a nível monetário iria ficar mais caro.” (E B2 - 1)

No caso das visitas domiciliárias para avaliação do recém-nascido procuram que seja sempre a enfermeira de família a realizá-las:

“(...) propomos a todas as puérperas fazer uma avaliação em casa ... 99% das pessoas aderem ... fazemos, até fazemos fora ... porque até pelo envolvente, não é ... fazemos sempre que possível (...) Aí tentamos sempre, ser a enfermeira de família a ir visitar, a não ser que seja por extrema dificuldade, ou no período de férias, mas aí será quase sempre a enfermeira de família a ir ... até porque já fez o seguimento da grávida, há ali uma afinidade ... sempre que não é, a puérpera neste caso é informada que não é a enfermeira de família que vai, e será outra colega.” (E B2 - 5)

Nesta unidade existem diferentes documentos orientadores construídos pela equipa pluridisciplinar:

“(...) o plano de ação ... o regulamento interno, o manual de articulação, a carta de compromisso, todos os documentos foram feitos, sempre em conjunto ... a ... em todos os grupos havia sempre enfermeiros, (...) um administrativo, um médico e um enfermeiro, trabalhávamos sempre em equipa desde o início. A parte do regulamento interno ... a parte de enfermagem ... fomos nós enfermeiras que fizemos ... e ... e depois demos ao resto do grupo para ler, claro, assim como nós opinámos nas outras partes, eles também opinaram na nossa, e pronto no final foi aprovado democraticamente.” (E IC - B - 2)

No DOC RI da USF B2 (2009) é identificado e definido o responsável de enfermagem como: “interlocutor do grupo de enfermeiras com a coordenadora e com o CS (agindo como facilitador, não impedindo a interação direta dos diferentes elementos) e tem como competências, entre outras:

- *Coordenar as intervenções de enfermagem, garantido a aplicação das orientações do plano de ação e regulamento interno.*

- *Controlar a evolução dos indicadores de enfermagem.*
- *Promover e discutir estratégias com a equipa de enfermagem, a fim de atingir os objetivos traçados.*
- *Assegurar a divulgação e a realização de atividades de formação para os enfermeiros, em colaboração com o conselho técnico.*
- *Promover a ligação com as enfermeiras-chefes e a enfermeira supervisora do CS(...).*
- *Promover a formação de alunos de enfermagem da licenciatura e da especialidade” (DOC RI, 2009, p.11, 12).*

No DOC RI (2009, p.18,19) está ainda descrita a “Forma de prestação de trabalho - Grupo de enfermeiras”:

- *As consultas de enfermagem são realizadas por marcação de acordo com as necessidades dos utentes e a disponibilidade de agendamento.*
- *Os utentes serão marcados preferencialmente para a sua enfermeira de família, exceto se não for da conveniência do utente, não haja disponibilidade de agendamento ou o caso revelar urgência.*
- *Os utentes sem marcação poderão ser atendidos no próprio dia, pela sua enfermeira de família ou outra enfermeira da USF, no final das marcações.*
- *Todas as consultas de enfermagem são feitas à porta fechada. Os utentes poderão estar acompanhados se assim o desejarem e não for contra indicado para os cuidados em causa.*

O mesmo documento apresenta também definidas as “Áreas de Atuação - Grupo de enfermeiras” da seguinte forma: Enfermeiro de família

“O conceito de enfermeiro de família requer, por parte deste, um conhecimento global da família, suas relações, problemas de saúde e rede de apoio. Assim é possível intervir de forma personalizada no utente/família, mobilizando recursos da família e da comunidade, a fim de resolver problemas de saúde. O enfermeiro de família, sempre que possível, deve prestar cuidados de enfermagem, em continuidade, aos seus utentes, inscritos no ficheiro da médica de família da microequipa correspondente” (DOC RI, 2009, p.21,22).

Atendendo às características apresentadas, existência de documentos orientadores para as diferentes equipas, a definição da organização dos cuidados por enfermeiro de família, a participação dos enfermeiros na elaboração dos documentos e ainda o facto da equipa de enfermagem ter sido formada a partir do modelo de equipas de saúde familiar, encontram-se várias semelhanças com a UCSP B, apesar de, à partida, serem duas unidades funcionalmente diferentes.

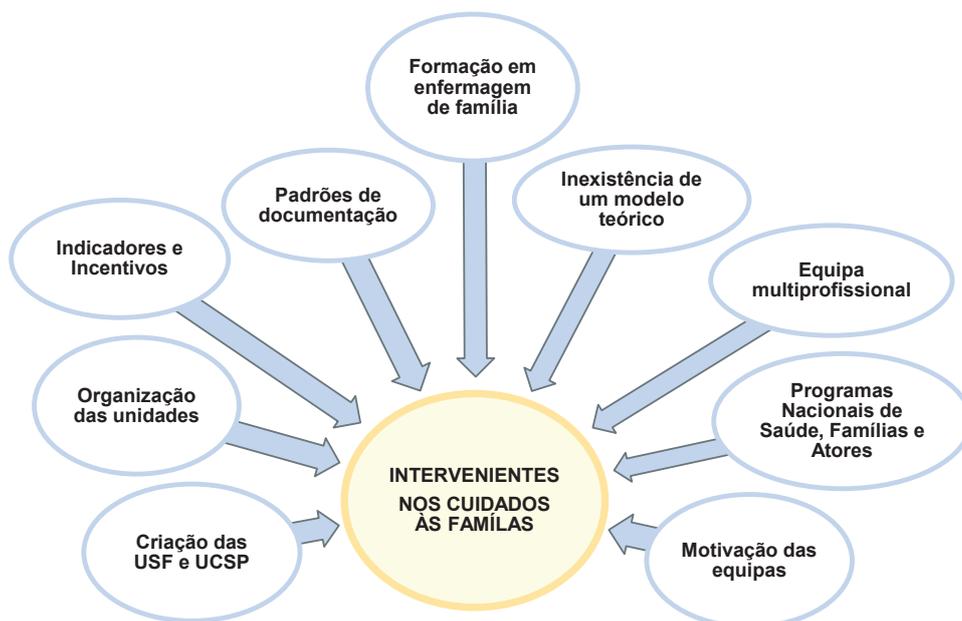
3 - INTERVENIENTES E ESTRATÉGIAS NA E PARA A PRODUÇÃO DOS CUIDADOS ÀS FAMÍLIAS

Da análise das fontes de informação recolhidas para esta fase do estudo, emergiram diferentes intervenientes e estratégias na e para a produção de cuidados às famílias: Criação das USF e UCSP; Organização das unidades: Ficheiros, Área de abrangência e Características da população inscrita; Indicadores e Incentivos; Padrões de documentação; Formação em enfermagem de família; Inexistência de um modelo teórico; Equipa multiprofissional; Programas Nacionais de Saúde, Famílias e Atores e Motivação das equipas. Na figura 3 encontram-se esquematizados.

A estes fatores intervenientes, não são alheios as perspetivas dos atores em relação à atual reforma, com fragilidades e potencialidades para o desenvolvimento da enfermagem de família, pelo que no decorrer da análise se irão apresentando estas perspetivas.

Nesta análise serão ainda relacionados os resultados da primeira fase desta investigação, de forma a obter-se uma visão mais abrangente dos fenómenos em estudo.

Figura 3 - Fatores Intervenientes no processo de cuidados às famílias



Como defende Costa (2006_a, p. 70):

Os “(...) serviços de saúde, mercê das pressões sociais e económicas exercidas sobre as instituições, são instados a “ajustar-se” (...) a novos processos e produtos de intervenções na saúde humana, ao funcionamento em equipa. Procura-se uma maior e melhor eficácia nos cuidados. Às equipas de trabalho é solicitada (...) adaptação em função dos objetivos institucionais, apelando ao desenvolvimento de competências na dinâmica da evolução do mundo do trabalho”

3.1 - CRIAÇÃO DAS USF E UCSP

O tipo de unidade funcional de saúde (USF ou UCSP) constitui um fator interveniente no processo de cuidados às famílias, na perspetiva dos atores deste estudo.

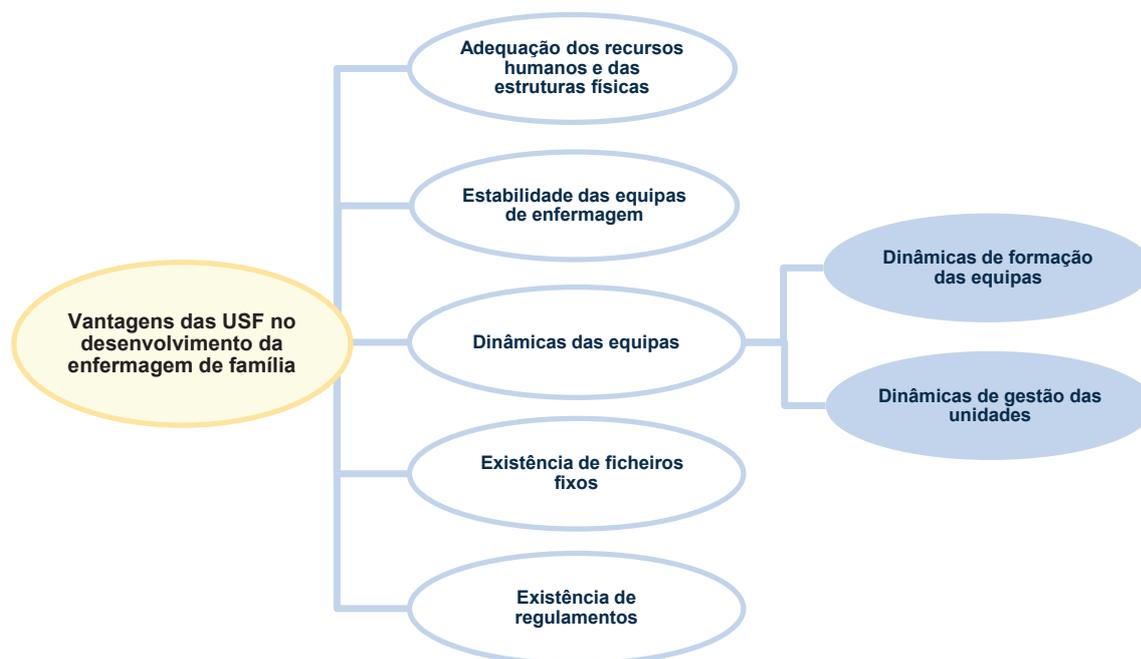
A implementação da atual reforma, iniciada pela criação das USF, com a publicação do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio e revigorada pelo Despacho Normativo nº 9/2006, define USF como “(...) a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares (...)” (p.1256).

Posteriormente, para a reconfiguração dos CS, foram criadas diferentes unidades funcionais de saúde, entre as quais as UCSP. Estas distinguem-se das USF: “(...) apenas pelo nível de desenvolvimento de dinâmica de equipa, designadamente pelos compromissos de cooperação interprofissional livremente assumidos (...)” (MCSP, 2008_b, p. 3)

A criação das USF parece ter sido a face mais visível da reforma, tendo sido identificada por todos os participantes das diferentes unidades como uma das potencialidades para o desenvolvimento da enfermagem de família.

Das várias justificativas apresentadas pelos atores, destacam-se como fatores facilitadores da enfermagem de família na criação das USF: **a adequação dos recursos físicos e humanos, a dinâmica de autoformação e gestão das equipas, a estabilidade das equipas, a existência de ficheiros fixos e a existência de regulamentos.** Estes fatores apresentam-se esquematizados na figura seguinte.

Figura 4 - Vantagens das USF no desenvolvimento da enfermagem de família



Entre estes fatores, a maior evidência nas narrativas dos participantes é a **adequação dos recursos físicos e humanos** ao modelo das equipas de saúde familiar.

No ACES A os participantes consideram que para a criação das USF:

"(...)são criadas todas as condições para as USF funcionarem (...) recursos humanos e espaço físico." (E A2 - 2)

Em relação à adequação dos recursos humanos, verificou-se a mesma opinião nas narrativas dos participantes do ACES B que consideram:

"(...)se nós não fossemos USF, não teríamos tantos profissionais aqui, e que eu acho que é uma mais-valia, porque acabamos por ter mais tempo para dar a atenção que a pessoa precisa porque se ... somos poucos e temos muito trabalho para fazer, a qualidade nunca pode ser a mesma, certo? Então acho que a organização em termos de USF nos permitiu isso." (E B1 - 4)

Por este facto, entendem que os cuidados às famílias:

"(...) estão mais facilitados nas USF, porque é assim ... nas ... a ... nas UCSP (...) a falta de pessoal não ajuda ... não ajuda nada, nós na USF temos aquelas enfermeiras, aqueles médicos, a ... e aqueles administrativos (...)"(E B2 - 1)

A adequada alocação de recursos humanos, nomeadamente o mesmo rácio médico/enfermeiro às USF, coloca em evidência o investimento inicial na reconfiguração dos CS com criação das USF, atribuindo-se-lhes primazia nas condições exigidas para a atribuição de recursos, designadas nas candidaturas. Na opinião dos atores, este processo traduziu-se numa desigualdade entre estas unidades e as UCSP, embora no caso da UCSP B, esta desigualdade não tenha acontecido (a adequação do rácio enfermeiro/médico já existia antes da formação da unidade).

Para os participantes da UCSP B, a adequação do número de enfermeiros ao trabalho por equipa (previsto na legislação das USF) constituiu a principal vantagem para o desenvolvimento da enfermagem de família:

“(...) eu penso que se melhorou o rácio enfermeiro utente (...) temos um enfermeiro a trabalhar para um ficheiro (...) as USF também têm esse rácio, portanto isso é um ponto positivo (...). Eh, eu penso que é a principal vantagem para a enfermagem de família. (...)” (E B - 2)

Embora esta unidade (UCSP B) possua o número de enfermeiros adequado ao trabalho em equipas de saúde familiar, o mesmo não acontece com as outras UCSP em estudo (UCSPA1 e UCSPA2), revelando-se que a atribuição de recursos humanos não sucedeu da mesma forma em todas as UCSP, facto que pode ser justificado pela dinâmica de formação de algumas destas unidades que se realizou por orientação de que as equipas que não se organizaram em USF fossem constituídas em UCSP, sem que tivessem existido também adaptações para o seu funcionamento.

A corroboração desta evidência surge no estudo de Monitorização do Desenvolvimento Organizacional dos CSP: 1º Quadrimestre (MS & Escola Nacional de Saúde Pública, 2011) onde se verificou que a alocação destes recursos, entre as UCSP, não aconteceu equitativamente no país. Identificou-se um nível baixo de recursos humanos disponíveis, pela maioria dos respondentes em relação à sua UCSP.

Os recursos humanos assumiram, também, o principal problema identificado pela grande parte dos participantes num estudo efetuado pela MCSP (2008_c), com particular incidência nos grupos profissionais administrativos e de enfermagem, sendo a justificação para o facto:

“A estrutura e modelo organizacional da função pública são de uma grande rigidez, sendo particularmente difícil movimentar profissionais entre serviços. As restrições orçamentais que hoje se vivem têm ainda um duplo efeito negativo para a mobilidade: (i) dificultam a contratação de novos recursos e (ii) tornam os recursos humanos existentes um bem escasso, pelo que os responsáveis

pela gestão local sentem como perdas importantes a saída de profissionais dos serviços que dirigem e, conseqüentemente, tendem a não facilitar essas saídas.” (MCSP, 2008, p. 18)

A relevância da adequação destes recursos é assinalada também pelo OPSS, em diferentes relatórios:

- *A importância de alargar a toda a rede de CSP o modelo de organização em equipas multiprofissionais como um dos aspetos fulcrais a mudar (OPSS, 2009).*
- *A adoção de políticas de recursos humanos compatíveis com a reforma (OPSS, 2010, p. 91).*
- *A identificação dos recursos humanos como um dos principais obstáculos à melhor e mais rápida concretização da reforma nomeadamente no que diz respeito à integração de um maior número de enfermeiros (OPSS, 2011, p. 12).*

No que diz respeito à adequação dos recursos físicos, verifica-se também a importância de que se revestem na qualidade dos cuidados pelas orientações inscritas em diversos documentos, nomeadamente, pelo Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto e por variadíssimas diretrizes do Grupo de Missão para o desenvolvimento dos CSP (MCSP, 2008_a) que definem uma atribuição de recursos necessária ao desenvolvimento do trabalho em equipas de saúde familiar, para as USF e UCSP, respetivamente.

Apesar desta orientação em relação aos dois tipos de unidade funcional (USF e UCSP), os participantes das UCSP percebem que as USF tiveram privilégio também na atribuição destes recursos. E, por sua vez, os participantes das USF B1 e USF B2 revelam que os recursos físicos não foram adequados em todas as USF:

“(…) a assimetria que existe é ... é essencialmente relativamente, às ... às instalações, porque há uns ... que tiveram tudo e outros não tiveram nada. Nós não gastamos um tostão ... a única coisa que nós gastámos foi pintar (...) agora há USF que foram feitas de novo, de raiz. Eu não estou contra isso, não estou contra o facto das pessoas, de acontecer isso, mas há muitas assimetrias nesse aspeto (...).” (E B1 - 1)

“Cada uma de nós tem uma sala, mas é para tudo ... é claro que há uma sala que é específica para tratamentos, mas também é duma enfermeira, ou seja, quando essa enfermeira quer fazer saúde infantil ... não faz nessa sala, faz noutra de outra colega, e quando eu quero fazer um penso infetado, só posso fazer nessa sala.” (E B2 - 3)

Contudo, a razão da não adequação das estruturas físicas nestas duas USF, parece não ter sido a mesma. No caso da USF B1, a razão da não adequação da estrutura física parece não ter estado presente na vontade dos enfermeiros, quando apresentaram a candidatura:

“Pois porque eles não quiseram organizar-se dessa forma, se eles quisessem organizar-se, eles podiam ... era uma questão de gerirem o espaço... não os enfermeiros não demonstraram essa vontade, havia abertura da parte dos médicos, eles tinham o caminho facilitado da parte dos médicos ... eles é que não quiseram (...)” (E IC B -2)

Enquanto na USF B2, foi expresso na candidatura a necessidade de reformulação da estrutura física e até à altura não houve qualquer alteração:

“(...) quando foi feito o projeto, não era para ser aqui...era para ser noutra sítio que não foi, (...)a nível da ARS quis que ficássemos aqui, ... deu-nos alguns equipamentos, novos, mas não, não houve...ah...não houve obras, nada, portanto...e ficámos no mesmo edifício a partilhar muitas coisas com a outra, com as outras unidades, (...) nós, fizemos um projeto para tentar mudar (...) conseguia-se arranjar maneira de ficar (...)com mais salas, conseguia-se salas adequadas, mas acharam que não, pronto, pronto e aqui estamos .. ah as coisas correm bem na mesma (...)” (E B2 - 3)

Para os participantes desta unidade, a carência de gabinetes não constituiu um entrave ao desenvolvimento dos cuidados pela metodologia de enfermeiro de família, enquanto que esta mesma carência obstaculizou a utilização da mesma metodologia pelos participantes da USF B1, podendo dever-se este facto às identidades distintas das equipas de enfermagem.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de d’Espiney (2010, p. 187), onde a falta de adequação dos recursos humanos e físicos levou à dificuldade em realizar atendimentos globais e personalizados, o que, no seu entender, favoreceu a manutenção de uma organização por atividades o que correspondia ao modo de funcionamento que era familiar aos enfermeiros, das equipas estudadas, facto que parece assemelhar-se aos achados deste estudo, relativamente às USF B1 e USF B2.

A manutenção dos modelos que até aqui norteavam as suas práticas levanta também a questão da mudança em que quer os atores quer os sistemas são complementares. Na opinião de Costa (2006_b), para que a mudança seja efetivada, implica uma estruturação pelos próprios atores, apoiados no conhecimento do sistema organizacional onde se inserem.

A inadequação do número de enfermeiros aos ficheiros existentes, para formar equipas de saúde familiar constitui, só por si, um obstáculo à prática de enfermagem de família, não só a nível nacional, como também internacional. Esta evidência é advogada por Santos (2012), quando defende este resultado encontrado também no seu estudo à semelhança do encontrado por outros autores por si citados (Duhamel & Talbot; Wright & Leahey).

Outra evidência encontrada que corrobora esta constatação é a afirmação do GTDCSP (2012_a, p. 2), quando refere que a adequação dos recursos estruturais e humanos constitui um dos principais fatores para o desenvolvimento profissional e contínuo, centrado nas boas práticas profissionais, sendo requisito das orientações a “(...) *aposta em modelos de organização de cuidados que promovem (...) o desenvolvimento do trabalho em equipa nuclear de saúde familiar (médico, enfermeiro e secretário clínico) (...)*”.

Neste estudo, os resultados apontam para que as orientações apresentadas não se verificassem na prática, nas unidades UCSP A1 e UCSP A2, que se formaram a partir de um antigo CS, não tendo sido adequadas nem em relação às estruturas físicas nem em relação ao número de enfermeiros. Já em relação à UCSP B, a adequação da estrutura física e dos recursos humanos, já existia antes da formação das unidades. Esta equipa trabalhava por módulos que integravam uma ou várias equipas de saúde familiar, com características semelhantes às equipas previstas na atualidade, para as USF e UCSP.

Condições semelhantes às UCSP A1 e A2 foram encontrados por Santos *et al.* (2007), onde também se verifica a inadequação dos recursos físicos e humanos ao desenvolvimento das equipas de saúde familiar.

As **dinâmicas das equipas das USF** constituíram outra das vantagens das USF em relação às UCSP, no que respeita ao desenvolvimento do processo de cuidados às famílias.

Os participantes que trabalham em UCSP elencam, dentro destas dinâmicas, a *autoformação das equipas* nas USF, como facilitadora:

“Nas USF para além de terem material novo e muito boas condições as pessoas escolheram trabalhar umas com as outras e acho que é mais fácil (...).” (E A2 -1)

“(...) são grupos organizados em que as pessoas são escolhidas, não é? Logo aí, à partida o relacionamento também é melhor, não é, os objetivos cumprem-se muito mais facilmente” (E B - 4)

Perceções semelhantes são apresentadas pelos enfermeiros das USF, quando defendem que estas dinâmicas:

“(...) pronto, par nós foi ... vantajoso esta alteração que foi possível fazer, porque nos deu uma motivação para trabalharmos, porque esta ... nova reestruturação ... eh ... “(...) deu a possibilidade de nos podermos juntar a uma equipa que nós ... eh ... que tivesse uma motivação comum e escolher os profissionais com que podíamos trabalhar (...) e agora com os objetivos comuns isto levou-nos a poder desenvolver o trabalho da maneira como nós projetámos” (E B2 - 4)

Outra das vantagens apontadas foi a *dinâmica de gestão* utilizada nas USF, sendo considerada pelos atores que a experienciam outro fator importante para a satisfação das equipas, uma vez que permitiu a igualdade quer no direito de voto quer nas decisões de contratualização de indicadores:

“Tudo é decidido em conselho geral (...) tudo é discutido e votado. (...) há muitas reuniões e tudo tem que ficar decidido e registado em ata. Tudo é decidido em grupo ... todos temos um voto, igual para todos, são só benefícios (...)” (E B2 - 6)

Por outro lado, para uma das participantes da UCSP B, nestas dinâmicas de gestão salienta-se o maior acesso à informação nas USF:

“(...) existe maior proximidade e acesso à informação (...) nas tais reuniões eles estabelecem ... há uma maior proximidade e toda a gente tem conhecimento das coisas (...) eu acho que é muito importante, o tipo de gestão participativa, envolver as pessoas todas (...)”. (E B - 5)

Estas dinâmicas vieram trazer diferentes sentimentos aos atores que constituem as USF e UCSP. Se para os enfermeiros das USF são motivo da satisfação, para os enfermeiros das UCSP o sentimento é de desagrado, por não terem sido escolhidos para a formação da equipa:

“(...) e do outro lado, os restantes, os que não foram escolhidos. Eu estava no grupo dos que não foram escolhidos ... eu nunca senti isso assim, mas coloquei-me no lugar dos outros que sentiram que não foram escolhidos. A reforma como todas as outras mudanças traz algumas sensações que as pessoas não querem, algumas sensações desagradáveis.” (...) Nas USF as equipas foram escolhidas e nas UCSP (...) do outro lado, os restantes, os que não foram escolhidos (...)” (E B2 - 6)

Resultados idênticos foram encontrados por Teixeira (2012), com a introdução do atual modelo organizativo que levou a uma categorização espontânea de profissionais. Os que trabalham em USF, profissionais de “primeira”, os “escolhidos” e os que trabalham nos CS ou nas UCSP, profissionais de “segunda”, os “restos”.

Outra das assimetrias entre UCSP e USF identificadas pelos enfermeiros do ACES B foi a **estabilidade dos enfermeiros** que trabalham nas USF, no que respeita à mobilidade dos enfermeiros das UCSP, para substituir colegas em outras UCSP:

“(...) eu fazia uma distinção entre USF e UCSP (...) nas USF podemos dizer que melhorou, porque o enfermeiro tem os seus utentes e não há ... nem que haja muitos problemas na organização, as USF são intocáveis (...) não está a ver se houver falta de pessoal, algum elemento da USF sair de lá para vir resolver um problema de organização para a UCSP. (...) Nas UCSP (...) podemos ficar sem enfermeiros para resolver um problema de outra unidade, o facto de estarmos na UCSP, não é estanque (...)”. (E B - 2)

A **existência de ficheiros fixos** nas USF é assinalada também como assimetria entre estas e as UCSP, onde existem utentes esporádicos, o que dificulta o adequado planeamento:

“(...) só o facto da gente ter de dar resposta a população que não é a nossa, num período de tempo muito curto, porque não é coisa que se possa programar é sempre para ser resolvido na altura, é coisa que as USF não têm e que lhes facilita muito a vida. (...)” (E B - 3)

Por outro lado, a existência de ficheiros fixos nas USF induz também maior facilidade na personalização dos cuidados:

“Eu penso que a USF que só atende utentes e famílias do seu ficheiro tem uma maior facilidade de investimento, na personalização e tem mais tempo para desenvolver a personalização dos cuidados à família. Nós realmente desenvolvemos esse cuidado, mas temos que desdobrar a nossa atenção para os utentes que recorrem esporadicamente.” (E B - 4)

Acresce ainda que este facto de terem ficheiros permite maior facilidade em atingir indicadores, levando a que os enfermeiros das UCSP sintam que têm de trabalhar mais para atingir menos, como retrata a seguinte narrativa:

“(...) portanto nós temos que trabalhar a dobrar para atingirmos menos, é injusto e sentimo-nos insatisfeitas por isso, sentimos como que enfermeiras

de segunda, nesse aspeto(...)” (NC B - 5), e ainda “(...) ganham mais do que nós (...)”(NC B - 5).

Os mesmos resultados foram encontrados num estudo da Santos *et al.* (2007) que evidencia a importância que as equipas de saúde, das USF, atribuem ao facto de possuírem utentes fixos e de não terem de atender os utentes sem médico de família, apontando uma melhor satisfação profissional.

Estes dados parecem revelar a preocupação dos enfermeiros na organização e planeamento dos cuidados às famílias, exaltando-se a importância do acompanhando ao longo do ciclo vital, realizado pelo mesmo enfermeiro, uma das razões apontadas para a reorganização do trabalho em equipas de saúde familiar.

A **existência de regulamentos internos** nas USF constituiu outra das vantagens destas unidades, para o desenvolvimento da enfermagem de família:

“(...) para se organizar uma USF todos temos objetivos claros e todos vamos trabalhar para o mesmo objetivo. Sabemos o que é que andamos a fazer! Todos! A equipa toda! (...) Nas UCSP não estava regulamentado ... na USF (...) o facto de termos um manual, que regula todas as nossas atividades ... temos o regulamento interno, tudo isso faz com que todos nós tenhamos consciência de qual é o nosso objetivo.” (E B2 - 6)

A não existência de regulamento interno nas UCSP confirmou-se nas USCP A1 e A2, mas não se confirmou na UCSP B, verificando-se que nesta existia regulamento interno onde estão descritas as competências de enfermagem e o modelo do enfermeiro de família. Pelo contrário na USF B1, apesar de existir regulamento interno, não existem descritas as intervenções de enfermagem, como também não é referida a figura do enfermeiro de família.

Neste estudo, o regulamento interno parece constituir um elemento caracterizador da identidade das equipas de enfermagem. A definição da metodologia de orientação dos cuidados, bem como das competências dos enfermeiros nas equipas multidisciplinares sugerem que nestas equipas exista uma necessidade de evidenciar o mandato social da profissão e um encerramento profissional, necessário ao trabalho multidisciplinar de complementaridade.

Nesta perspetiva, e muito embora se tenha verificado pelas narrativas dos participantes de todas as unidades em estudo que nas USF os cuidados às famílias estão mais facilitados, o tipo de unidade funcional, não condiciona a filosofia de cuidados de enfermagem centrados na família. Contudo, a carência de enfermeiros é uma condição

que se exclui, não podendo existir equipas de saúde familiar, sem a adequação do rácio enfermeiro/médico (GTDCSPA, 2012, p. 2).

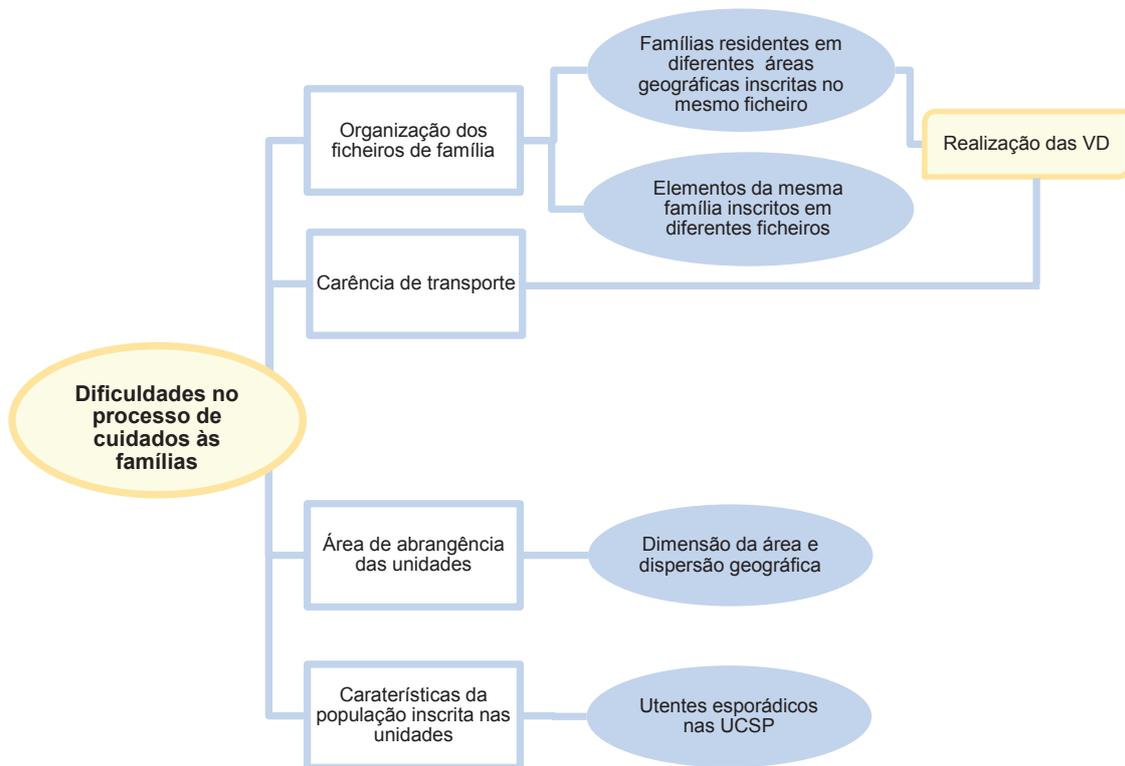
Apesar dos resultados apontarem para uma maior facilidade nos cuidados às famílias nas USF, não se verificou na caracterização das atitudes dos enfermeiros que os que trabalham em USF atribuam maior importância às famílias (ou apresentem atitudes de maior suporte), o que poderá reforçar a identidade das equipas de enfermagem, no que respeita aos modelos de orientação de cuidados e não ao tipo de unidade funcional onde trabalham.

3.2 - ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES: FICHEIROS; ÁREA DE ABRANGÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO INSCRITA

A livre escolha de todos os cidadãos à inscrição nos CS e nos médicos de família, pelo Decreto-Lei nº 157/99, bem como a orientação do Despacho Normativo nº 9/2006 para a constituição das equipas de saúde, que indica que os profissionais se agrupem com respeito pelas listas de utentes que lhes estavam atribuídas, levaram a algumas fragilidades para o desenvolvimento do processo de cuidados às famílias, apontadas pelos atores deste estudo.

A Figura 4 esquematiza essas fragilidades que, para os atores deste estudo, constituem resultado da atual reforma: a **organização dos ficheiros de família**, a **dimensão da área de abrangência** das diferentes unidades funcionais de saúde, as **diferentes características da população inscrita** nessas unidades e a **carência de transporte** para a realização das visitas domiciliárias.

Figura 5 - Fragilidades da organização das unidades para o desenvolvimento da enfermagem de família



Na **organização dos ficheiros de família** foram identificados como fatores que influenciam o processo de cuidados às famílias o facto de existirem *famílias em que os seus elementos não estão todos inscritos no mesmo ficheiro* e o facto de existirem *famílias residentes em diferentes áreas geográficas inscritas no mesmo ficheiro*.

O facto de *existirem famílias em que os seus elementos não estão todos inscritos no mesmo ficheiro*, foi identificado pelos participantes da UCSP B, como um fator dificultador do processo de cuidados às famílias:

“(…) nós temos muitas famílias repartidas por 2 ou 3 médicos, e logo aí, isso também condiciona (..) Eu tenho casais que está o marido e alguns filhos num médico, e a mulher e outros filhos noutra, portanto é muito difícil para mim e para a minha colega trabalharmos esta família (E B - 4)

No entanto, este facto foi identificado, no decorrer do processo de investigação, em outras unidades.

A existência de *famílias residentes em diferentes áreas geográficas inscritas no mesmo ficheiro* constituiu também um fator dificultador do processo de cuidados,

nomeadamente na realização das visitas domiciliárias, tendo sido manifestado pelos participantes de todas as unidades do ACES B:

“(...) falta eu ter utentes numa área que só fosse minha ... ah ... que eu tenho utentes a 20 Km daqui, (...) há uma unidade em (...) e pedimos ao colega e o colega vai lá, mas não é a mesma coisa, essa pessoa devia ser direccionada para a unidade (...). É de lá devia ser lá atendido e ter lá médico e enfermeiro de família. Portanto era assim que as coisas deviam funcionar, não é? ... não sei, não sei, (...)” (E B1 - 1)

A organização dos ficheiros por área geográfica é espelhada nas orientações do GTDCSP (2012_a, p. 4), quando define que:

“O enfermeiro de saúde familiar responsabiliza-se pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo de famílias de uma área geográfica específica, nas diferentes fases do ciclo vital da família e aos diferentes níveis da prevenção, em particular nas que originam situações de maior vulnerabilidade.”

Constitui uma das orientações da reforma, ainda que não se tenha verificado em nenhuma das unidades estudadas. O facto das unidades não se terem constituído ao mesmo tempo, tendo havido médicos que, ao integrarem novas unidades funcionais, tenham “levado” os seus utentes, pode também ter estado na base destas dificuldades, uma vez que os utentes se inscrevem nos ficheiros médicos e não nos enfermeiros.

A dificuldade na realização das visitas domiciliárias, manifestada pelos participantes está também associada à **carência de transporte** para deslocação dos enfermeiros.

Por estas razões, os enfermeiros das unidades UCSP A1 e UCSP A2 não realizam visitas domiciliárias, tendo este cargo enfermeiros da UCC, no entanto salientam a importância das visitas “preventivas”:

“... Na área da enfermagem de família?... É assim, é o não conseguir eh (...) provavelmente fazer a VD que nós gostaríamos, preventiva, preventiva, a curativa, a curativa ... fazem, nós já fizemos e só não fazemos, como eu disse há bocadinho, por questões económicas, penso eu, não é? É isso com certeza, agora a lacuna que eu vejo, é não conseguirmos dar resposta à VD preventiva, e isso é que nós ...” (E A1 - 1)

A necessidade de realização de visitas domiciliárias associada ao transporte foi identificada também na UCSP B, USF B1 e na USF B2:

“(...) vimo-nos aqui confrontados ... com essa situação de transporte (...)” (E B1 - 4) *“(...) é um constrangimento (...) e é tão complicado porque dependemos do motorista, dependemos de uma série de situações e nunca conseguimos que a enfermeira de família fizesse também os domicílios das suas famílias (...)”* (E B2 - 6) *“(...)para podermos planejar ... eh ... visitas, mais preventivas e estudar a família e ver a família de outra forma (...)temos essa dificuldade.”* (E B - 5)

À semelhança dos resultados deste estudo, a carência de transporte constituiu também um dos dez primeiros problemas, apontados pelos enfermeiros das USF da região centro do país, num estudo elaborado pela MCSP (2008_c).

Os recursos para realizar as visitas domiciliárias são identificados em todas as unidades em estudo, como fatores que influenciam os cuidados à família, no entanto, enquanto para uns a resolução está no transporte para outros a resolução estaria na organização dos ficheiros por área geográfica.

Na tentativa de colmatar esta dificuldade, foram várias as estratégias utilizadas nas unidades em estudo. Na UCSP A1 e UCSP A2, os cuidados domiciliários passaram a ser da responsabilidade de UCC que integra o ACES A. Na UCSP B, os cuidados domiciliários estão na responsabilidade dos enfermeiros de família, ainda que sejam realizados pelos diferentes enfermeiros da unidade. Na USF B1, os cuidados domiciliários estão distribuídos pela escala dos enfermeiros, sendo um enfermeiro por semana distribuído para esta atividade. Já na USF B2, os enfermeiros fazem distinção entre as visitas preventivas e curativas. Nas visitas domiciliárias preventivas, as visitas ao recém-nascido são efetuadas pela enfermeira de família e as curativas são da responsabilidade de cada enfermeiro, embora nem sempre seja este a realizá-la.

As estratégias utilizadas nos diferentes contextos (ACES A e ACES B) parecem relacionar-se com os resultados encontrados na caracterização das atitudes dos enfermeiros. No ACES A, onde as atitudes se mostraram de suporte, mas com menor valor, os enfermeiros não realizam nem planeiam as visitas domiciliárias às famílias. No ACES B, onde as atitudes revelaram maiores valores de suporte, os enfermeiros, ainda que não realizem as visitas domiciliárias de forma geral, planeiam-nas.

Desta constatação parece evidenciar-se que os cuidados globais às famílias, ao longo do ciclo vital, influenciam as atitudes dos enfermeiros e, por sua vez, a importância que atribuem à família nos cuidados.

Nestes fatores mediadores dos cuidados às famílias, que levaram as equipas a diferentes formas de organização das visitas domiciliárias, parece demonstrar-se também diferentes conceções de cuidados. Nas diferentes unidades do ACES B, ainda que não se identifique uma clara fronteira entre modelos que orientam as práticas dos enfermeiros, a preocupação com as famílias não constitui um impedimento para que os enfermeiros da UCSP B e da USF B2 organizassem os cuidados por enfermeiro de família, o que já acontecia antes da formalização das unidades. Para os enfermeiros da USF B1, estes fatores constituíram uma das justificações para a manutenção da distribuição de atividades pelos enfermeiros.

Apesar da carência de transporte para a realização das visitas domiciliárias ter sido identificada pelos participantes de ambos os ACES, a organização dos ficheiros de família, como fator influenciador dos cuidados, foi identificada apenas pelos participantes do ACES B, o que parece também estar em consonância com os resultados da primeira fase deste estudo, uma vez que são estes os enfermeiros que possuem mais atitudes de suporte face às famílias, ou seja, os que atribuem maior importância às famílias nos cuidados.

A área de abrangência das unidades e as características da população nelas inscrita influenciam também a qualidade dos cuidados às famílias, na perspetiva dos participantes das UCSP do ACES A e ACES B. Estes fatores, importantes para o planeamento e organização dos cuidados foram reconhecidos pelos participantes das UCSP em estudo, podendo relacionar-se com a especificidade das USF, que por definição prestam cuidados às famílias que se encontram inscritas, acontecimento que foi desvelado nas entrevistas de alguns sujeitos e analisadas como pontos frágeis da atual reforma, nomeadamente no que respeita às assimetrias identificadas, pelos participantes, entre UCSP e USF.

A dimensão da área de abrangência é espelhada no seguinte discurso:

“(...) eu acho que tem a ver pela dimensão também, pelo número de utentes...é muito mais disperso (...) aqui é muito grande (...) nós conhecemos muita gente, mas são aqueles que estão cá quase sempre . Não, não temos hipótese, aqui a freguesia ainda é grande (...)” (E A1 - 1)

Relativamente às **características da população inscrita**, nas UCSP em estudo, há a considerar as características específicas quer da localização geográfica quer do número de emigrantes:

“(...) aqui é muito difícil, por muitos motivos, um deles é que aquelas populações flutuantes, que continuam nos nossos ficheiros, não estão cá, mas continuam a dar falta de vacinas, falta de consultas, e nós no terreno, lá, conseguimos,

“ah esta senhora não está cá”, vamos fazer uma visita domiciliária, ah esta Sra. “Não está cá, foi para França” e pronto nós eliminamos logo do ficheiro. Nós aqui não temos essas condições e isso são muitos portanto.” (E A2 - 1)

“Se eu só pensasse nos utentes (...) como enfermeira de família, teria talvez mais tempo e talvez uma maneira diferente de organizar a minha semana e os meus meses, de fazer uma cronologia sobre aquilo que pretendia fazer, num certo período de tempo e agendar as coisas em termos de resposta, pronto. Com as condicionantes que temos, isso é muito mais lento e sendo mais lento os resultados alcançados também são mais baixos (...) nós temos uma zona litoral, a meio do país, nós temos uma população flutuante imensa (...) ao fim de meia-dúzia de meses não estão, nós andamos atrás das crianças para a vacinação, andamos atrás das senhoras para o rastreio do colo do útero, andamos atrás de tudo e mais alguma coisa (...)” (E B - 3)

Este facto foi já enunciado em 2011, num dos documentos do grupo de Coordenação Estratégica “Áreas de trabalho e objetivos 2011”:

“A não existência de um sistema expedito de atualização permanente dos ficheiros de utentes inscritos nos diferentes ACES e nas respectivas unidades condiciona situações anómalas em que os inscritos no conjunto das unidades de um ACES excedem largamente o número de residentes na respectiva área de abrangência (...).” (Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, 2011_b, p. 14)

A área de abrangência e as características da população inscrita nas UCSP em estudo constituem, na perceção dos atores, fatores intervenientes nos cuidados às famílias, não se constatando diferença nos contextos onde as atitudes se mostraram de maior ou de menor suporte às famílias.

Independentemente da diferença de metodologia na organização dos cuidados às famílias, nas UCSP de ambos os contextos (ACES A e ACES B), os participantes manifestam dificuldade no planeamento e concretização dos cuidados, dadas as características da população inscrita nas unidades (população flutuante) e a elevada dimensão da área de abrangência das unidades onde trabalham. Contudo, ainda que esta também tenha constituído uma das razões para a não organização dos cuidados por equipas de saúde familiar no ACES A, não constituiu uma condição impeditiva para esta organização no ACES B, o que também pode ser revelador de distinção entre paradigmas norteadores das práticas dos enfermeiros.

3.3 - INDICADORES E INCENTIVOS

No conceito de reforma, para além da mudança estrutural, com a criação e lançamento das unidades funcionais de saúde, novos órgãos de governação e de gestão, incluem-se também a definição dos modelos de apoio, de contratualização, de afetação financeira, de avaliação e de responsabilização.

O processo de contratualização *“pelos efeitos subsequentes que desencadeia tem-se revelado um motor poderoso da Reforma dos CSP, da adequação dos cuidados às necessidades da população e da melhoria do desempenho das USF.”* (Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, 2011_c, p. 18)

Neste contexto, os indicadores constituem-se como uma ferramenta essencial na contratualização das unidades, inicialmente apenas para as USF e posteriormente também para as UCSP. Contudo, nas unidades onde trabalham os atores deste estudo são apenas as USF B1 e USF B2 que possuem contratualização.

A opinião dos sujeitos deste estudo, em relação à existência de **indicadores**, definiu-se de forma distinta. Para os participantes do ACES A, os indicadores emergiram nas narrativas dos sujeitos, apenas quando se pronunciavam sobre a relação que mantinham com a equipa, as intervenções que percecionavam realizar às famílias ou ainda os padrões de documentação em uso. No entanto, no que respeita às suas opiniões em relação às vantagens ou desvantagens dos indicadores no desenvolvimento dos cuidados não se evidenciou opinião. Já os participantes do ACES B identificaram os indicadores como potenciais fatores intervenientes no processo de cuidados às famílias, distinguindo-se a opinião dos enfermeiros das USF (USF B1 e USF B2) da dos enfermeiros da UCSP B.

Ainda que os indicadores e as metas devessem *“(...)servir para estimular, entusiasmar, despertar brio e não para desmotivar e desencorajar os profissionais(...)”* (Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, 2011_c, p.18) existem diferentes perspetivas.

A existência de indicadores foi considerada pelos enfermeiros das USF (USF B1 e USF B2) um ponto positivo da nova organização dos CSP:

“A forma de trabalhar (...) é diferente, implicitamente (...) nós queremos que os nossos cuidados gerem alguns indicadores, mas não pensamos dessa forma e quando trabalhamos em USF nós pensamos muito no resultado que nós estamos a ter (...)os nossos cuidados estão a gerar algo (...)numa USF nós tentamos ser mais ... ah ... efetivos, mais... trabalhamos mais nesses sentido e é tudo mais controlado, eu acho (...)” (E B1 - 3)

Nesta nova forma de trabalho, foi também considerado positivo o facto de poderem avaliar os cuidados, o que não acontecia anteriormente:

“(...) não tínhamos nada, ou seja, nós não medíamos nada, há 4 anos atrás é que ... há 5 anos atrás, cada um fazia o que queria e nós não sabíamos o que é que as pessoas faziam.” (E B1 - 1)

Na perspetiva de alguns participantes da USF B2, os indicadores servem de guia:

“Eu guio-me muito pelos indicadores, os indicadores guiam-me e se houvesse mais, melhor (...) eu não trabalho para os indicadores, mas trabalhamos com eles e eles regulam, quer queiramos quer não, eles regulam a nossa prática ... é um instrumento de regulação da nossa prática (...). Eu agora ... finalmente tenho acesso aos meus dados e é uma coisa que eu gosto imenso de ver (...) eu sei, ao longo do mês, o que fiz e o que ficou por fazer ... eu guio-me muito pelos indicadores (...).” (E B2 - 6)

Distintas perceções emergiram nos discursos dos participantes da UCSP, considerando-se a existência de indicadores como ponto negativo da atual reforma:

“(...) o trabalhar por objetivos e por indicadores pode de alguma forma desumanizar os cuidados, se nós atendermos ao cumprimento dos objetivos e indicadores radicalmente, sem olhar mais além, podemos cair na desumanização dos cuidados (...).” (E B - 1)

Relativamente à *natureza dos indicadores*, emergiram narrativas semelhantes entre os participantes das USF e da UCSP. Ainda que apenas referido pelos participantes do ACES B, a natureza dos indicadores foi considerada um fator dificultador da avaliação e da visibilidade dos cuidados de enfermagem às famílias:

“Eu acho que os indicadores não avaliam o nosso trabalho, avaliam o número de consultas, o número de pessoas vacinadas, o número de diabéticos controlados, porque eles olham para as hemoglobinas controladas, por aí fora (...).” (E B1 - 3)

“(...) eu gostava que medissem também alguma qualidade nas intervenções que temos, autónomas e que não são mensuráveis, não é? Às vezes... e debatemo-nos agora com esse problema” (E B1 - 4)

No mesmo sentido, encontramos a perspetiva de Vital e Teixeira (2012), quando defendem o registo de um peso excessivo aos indicadores de processo em relação aos indicadores de resultado. Melo e Sousa (2011) corroboram também a constatação e alertam para a restrição da área abrangida pelos indicadores de desempenho contratualizados a uma pequena área da atividade médica, o que pode colocar em risco esta atividade, por afunilamento dos cuidados, quer no que respeita ao médico de família quer à unidade funcional, podendo tender a privilegiar as tarefas contratualizadas em detrimento de outras. Estes autores defendem que o ideal seria que os indicadores medissem resultados clínicos, com interesse para os utentes e que representem inequivocamente ganhos em saúde.

“No momento actual apenas é possível medir dados do processo (número de consultas efectuadas, número de medições de Tensão Arterial, Número de pedidos de HgAlc, (...)). Estes Indicadores não demonstraram ainda a sua efectividade sendo fundamental a sua avaliação em termos de «ganhos em saúde» e não em dados do processo ou intermédios. Esta questão é fundamental para os utentes e para os profissionais bem como para a avaliação do sucesso da Reforma dos Cuidados Primários em curso.” (Melo & Sousa, 2011, p. 30)

Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, ao fazer referência ao plano de ação e compromisso assistencial das USF, assinala que os indicadores e metas a atingir estão centrados nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. Esta conceção não emergiu na perceção dos participantes deste estudo, bem como na perspetiva de Melo e Sousa (2011) e de Vital e Teixeira (2012).

Comparando as diferenças e as semelhanças na perspetiva dos diferentes atores, nas diferentes unidades em estudo existe uma construção interpretativa distinta. No que respeita à existência de indicadores, a perspetiva dos enfermeiros que trabalham em USF parece evidenciar uma cultura própria destas equipas que obrigatoriamente têm de cumprir a contratualização, correndo o risco da passagem de USF Modelo B para Modelo A ou mesmo a extinção da USF. Este facto não ocorre nas UCSP em estudo, uma vez que nestas não existia, até à data da colheita de dados, contratualização de indicadores.

Por outro lado, o facto da natureza dos indicadores não ter sido identificada nos discursos dos participantes do ACES A pode também relacionar-se com o desenvolvimento do trabalho por Programas de Saúde e com a orientação documental que possuem, nomeadamente o Plano de Desempenho do ACES, em que os cuidados de enfermagem são referenciados como atitudes terapêuticas de enfermagem e atos de enfermagem. Esta referenciação distingue-se também daquela que é

apresentada nos regulamentos internos das UCSP B e USF B2, onde as competências de enfermagem se identificam pelo Regulamento do Exercício Profissional (REPE), praticando-se o conceito de enfermeiro de família.

Neste sentido, é perceptível a diferença na caracterização das atitudes entre os participantes do ACES A e ACES B face à família, onde num contexto a família não é referenciada (ACES A) e noutra faz parte do conceito de cuidados (ACES B). No entanto, há a salientar a exceção da USF B1, onde não existe também orientação na documentação para as intervenções de enfermagem e nesta os participantes evidenciaram também elevadas atitudes de suporte face à família.

A **atribuição de incentivos**, prevista no Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, foi criada com a finalidade de potenciar as aptidões e competências de cada profissional e premiar o desempenho individual e coletivo, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos CSP.

Os incentivos institucionais, previstos para as USF modelo A, enquadram-se num programa de melhoria contínua, consistindo, entre outros, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências e no apoio à investigação. Para as USF Modelo B, caracterizadas como “(...) *unidades funcionais com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes, traduzindo-se, tendencialmente, por metas com valores médios mais elevados*”, são atribuídos aos profissionais incentivos não só institucionais como também financeiros (ACSS & MCSP, 2010, p.16).

A atribuição de incentivos constituiu também um fator influenciador dos cuidados às famílias que emergiu nas narrativas apenas dos participantes do ACES B, verificando-se aqui também distinção entre a opinião dos participantes das USF B1 e USF B2 e da UCSP B. Enquanto que para os enfermeiros das USF a atribuição de incentivos constituiu uma potencialidade da atual reforma, para os da UCSP foi considerada uma fragilidade.

Como potencialidade é apontada a remuneração:

“(...) os incentivos vêm ajudar, pelo menos podemos trabalhar para ... para que se consiga uma diferente ... remuneração e também ... ah ... (...)” (E B2 - 4)

Como fragilidade apontaram a insatisfação dos enfermeiros das UCSP pela diferenciação que é feita entre os enfermeiros das USF e das UCSP:

“(...) não os encontro melhores que nós para ganharem mais que nós ... Faço-me entender? Se bem que eles escolhem os utentes, eles têm uma população muito

mais jovem, eles escolhem, eles selecionam à partida antes de entrarem para lá. (...) portanto nós temos que trabalhar a dobrar para atingirmos menos, é injusto e sentimo-nos insatisfeitas por isso, sentimo-nos como que enfermeiras de segunda, nesse aspeto (...)” (NC B - 5)

O desigual reconhecimento dos enfermeiros foi visível nas narrativas discursivas apresentadas, uma vez que a motivação pelo estímulo que premeia os profissionais com a atribuição de incentivos, quando são atingidos os indicadores, acontece apenas aos enfermeiros que trabalham nas USF.

No entanto, após a análise da motivação das equipas para o desenvolvimento da enfermagem de família (ponto 3.9), este fator parece não ter tido influência, verificando-se que, apesar da USF B1 possuir esta atribuição, alguns enfermeiros sentem-se desmotivados para um trabalho organizado por enfermeiro de família e na UCSP B todos os enfermeiros referem sentirem motivação para este método, colocando-o em prática, e não estão contemplados com a atribuição de incentivos.

Tal facto orienta também para diferentes conceções de cuidados entre as equipas de enfermagem, o que pode estar na base da construção das práticas, levando a que uns adiram ao perfil do enfermeiro de família e outros mantenham a organização por Programas.

3.4 - PADRÕES DE DOCUMENTAÇÃO

Os padrões de documentação constituíram outro dos fatores identificados nas narrativas dos participantes de ambos os contextos (ACES A e ACES B) como influenciadores do processo de cuidados às famílias.

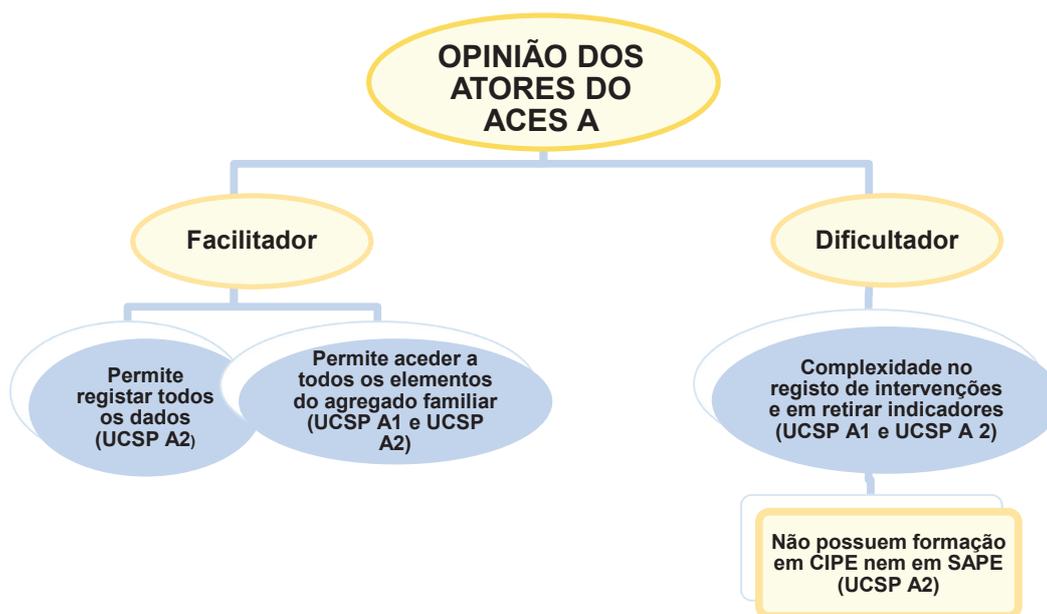
Em ambos os ACES, os padrões de documentação são de natureza informática e utilizam a linguagem *CIFE* (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) para descrever as práticas de enfermagem. Contudo, os aplicativos ou programas de *software* são distintos. No ACES A o aplicativo informático em uso é o “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem” (*SAPE*) e no ACES B o aplicativo é o *VITACARE*, que foi construído por uma equipa de profissionais das unidades em estudo.

Ambos os aplicativos possuem, na opinião dos participantes que os utilizam, **aspetos facilitadores e aspetos dificultadores** no processo de cuidados às famílias, resultado que também se apura no relatório da OPSS (2012, p. 66) onde se identifica que, apesar de “(...) se terem verificado algumas melhorias, continuam a existir falhas graves nos

sistemas de informação que prejudicam não só a prática médica e de enfermagem, mas também o processo de contratualização e de avaliação do desempenho”, identificando este como um dos principais problemas que carecem resolução.

Na figura 6, encontram-se sistematizadas as opiniões dos participantes do ACES A em relação aos padrões de documentação em uso nas duas unidades (UCSP A1 e UCSP A2)

Figura 6 - Padrões de documentação no ACES A



No ACES A, os participantes são da opinião que o aplicativo que utilizam é **facilitador** por permitir aceder a todos os elementos do agregado familiar e por permitir registar todos os dados.

O facto de o programa permitir aceder facilmente a todos os elementos da família através de um dos seus elementos foi considerado como facilitador do processo de cuidados às famílias pelos participantes de ambas as unidades (UCSPA1 e UCSPA2):

“É facilitador. (...) permite-me aceder facilmente a cada elemento da família através do outro (...)” (E A1 - 2) “(...)quando abrimos em nome de uma pessoa temos logo acesso ao agregado todo e isso ajudou bastante (...)” (E - A2 - 1)

Para os participantes da UCSP A2, é também facilitador o facto de *permitir registar todos os dados* “(...) este sistema informático é muito bom, regista tudo (...) acho que o programa em si está muito bem conseguido (...)” (E A2 - 1).

Como **dificultador** do processo de cuidados às famílias, foi considerado pelos participantes de ambas as unidades (UCSP A1 e UCSP A2) o facto de o aplicativo informático ser complexo no que diz respeito ao *registo das intervenções e em retirar indicadores*.

“(...)temos aqui muitas intervenções que não conseguimos registar e outras intervenções que nos complicam aqui um bocadinho a vida e que quando vamos retirar os indicadores é uma confusão muito grande (...)” (E A1 - 1)

Os sujeitos da UCSP A2 advogam como aspeto **dificultador** a *carência de formação para registar no SAPE e para a utilização da linguagem classificada (CIPE)*, justificada pela falta de formação que possuem. Alguns participantes referem que não tiveram acesso à formação e os que a tiveram, não existindo sistema informático nos CS na altura, não lhes permitiu integrar os conhecimentos:

“(...) nós estamos a trabalhar com o SAPE há bastante tempo, embora sem formação (...)a formação que nós tivemos foi de 2 dias e quando tivemos essa formação nem sequer tínhamos computadores, quando vieram os computadores, já tinha sido a formação há quase 2 anos (...) cada uma foi aprendendo um bocadinho à sua maneira, o que eu registo duma maneira, a colega regista de outra, não estando parametrizado de igual maneira, há algumas lacunas em termos de registos (...)” (E A2 - 1)

“Não. Aliás a parte fundamental é CIPE, temos que saber CIPE para saber SAPE e a lacuna começa por aí, porque nós não temos ninguém neste CS que tenha formação em CIPE e em SAPE.” (E A2 - 1)

A carência ou a insuficiência de formação, identificada por estes participantes na utilização do software, foi também encontrada num estudo da MCSP (2008, p. 18), onde os resultados indicam *“(...) o atraso no módulo de enfermagem, nomeadamente para a codificação das intervenções de enfermagem, em termos de registo clínico e estatístico”*, o que levou a considerar esta área como área crítica para o sucesso da reforma, justificando-se por isso um *“(...) investimento intensivo neste campo de modo a dotar não só as USF como a totalidade da rede de cuidados do SNS de um sistema de comunicação coerente, compatível e eficaz.”*

Ainda que identificassem dificuldades na utilização do aplicativo informático e da linguagem CIPE, as narrativas dos participantes do ACES A parecem revelar uma preocupação mais centrada no registo das tarefas executadas do que no

desenvolvimento de um processo de raciocínio clínico, do qual resultam as intervenções. Por não ter emergido espontaneamente nas narrativas dos participantes, foi-lhes questionado sobre a realização de diagnósticos de família, ao que responderam: *“De família como? Não, não, não, nem sei trabalhar com isso, com essa parte, nem eu nem ninguém aqui no CS”* (E A2 - 2).

No ACES B, a tentativa de construção de um aplicativo informático, de fácil acesso e registo, com a utilização da linguagem CIPE, levou à criação de uma equipa de vários profissionais. No que respeita aos conteúdos de enfermagem, o aplicativo foi construído por uma equipa de enfermeiros, essencialmente da USF B1, existindo também um elemento da USF B2:

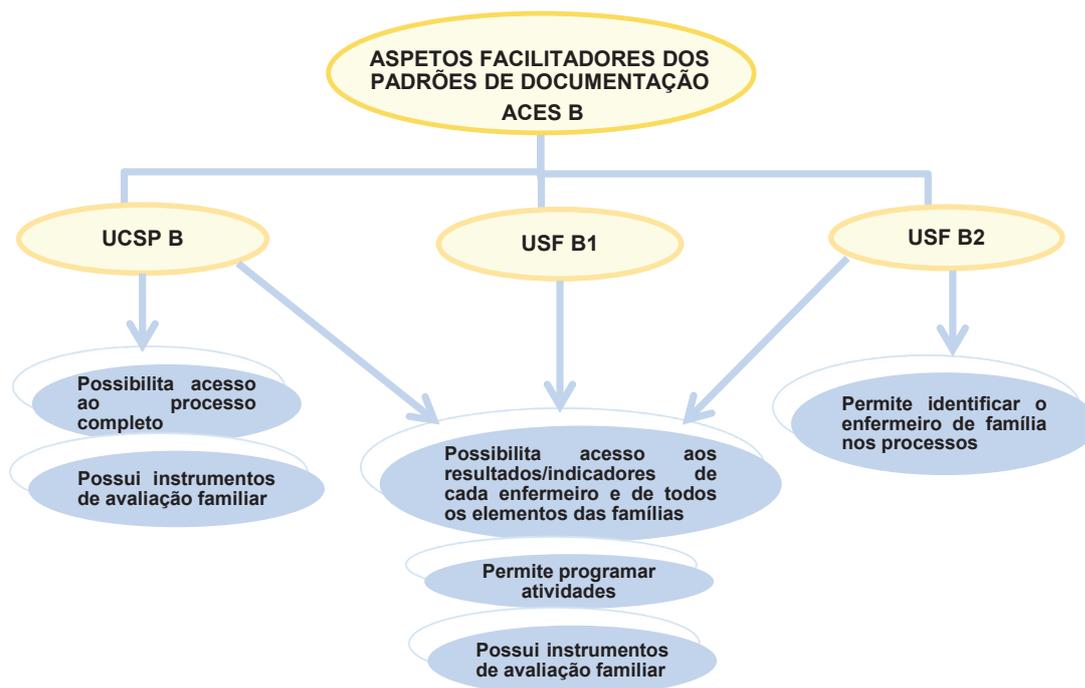
“(...) o Programa VITACARE ... (...) a parte médica foi construída por um grupo de médicos e a parte de enfermagem foi proposta por um grupo de enfermeiros (...) queríamos construir ... que o programa fosse de fácil acesso, de fácil registo, e também contivesse linguagem CIPE e que depois conseguissem transformar aquilo tudo em indicadores que medissem os ganhos em saúde ... a ... da enfermagem.” (E IC - B - 2).

Na opinião da mesma informante-chave, a preocupação com o padrão de documentação deve orientar-se para o “pensamento de enfermagem” e não para o registo das tarefas que realizam:

“(...) em termos de construção do pensamento de enfermagem é que o SAPE está muito bem construído, e o VITACARE não tem nada. Portanto está construído do ponto de vista medico-cêntrico ... portanto, é médico. Interessa os valores ... embora tenha lá aspetos de qualidade e ... ensinamentos que nós fazemos, tem lá essa parte (...). Não tem diagnósticos de enfermagem, só tem intervenções. E é aí que falha ... portanto não tem a construção do pensamento de enfermagem, não começamos com o diagnóstico, intervenções e avaliação. Temos só intervenções e avaliação.” (E IC - B - 2).

Os elementos considerados **facilitadores** do processo de cuidados às famílias nos padrões de documentação no ACES B encontram-se esquematizados na figura seguinte, por unidade funcional de saúde.

Figura 7 - Aspectos facilitadores dos padrões de documentação no ACES B



A possibilidade de acesso aos dados, resultados ou ainda aos indicadores foi dos aspectos facilitadores identificados nas entrevistas dos participantes de todas as unidades do ACES B. Para estes, os indicadores parecem ser o principal ponto positivo do aplicativo informático, embora com significados diferentes.

Nas narrativas dos participantes da UCSP B, esta importância parece traduzir o desejo de alguns destes participantes virem a constituir uma USF e por isso terem que pensar em “resultados de enfermagem”, por ser obrigatório o cumprimento de indicadores:

“(...)se nós queremos depois evoluir para USF, nós temos que ter os mesmos indicadores (...) eu penso que o programa, em relação à enfermagem de família está bom (...) em relação ah ... um resultado de enfermagem que se consegue tirar, o ... o número de domicílios consegue-se tirar (...) os ... os doentes diabéticos a fazer insulino terapia ... pronto ... que depois influencia os nossos cuidados. (...) também temos alguma coisa em termos de família ... nós temos indicadores em termos de dependentes (...)” (E B - 2)

Para os participantes da USF B1, o facto do aplicativo possibilitar *medir a percentagem atingida nos indicadores*, constitui um fator importante para avaliar dos cuidados.

“(...) começamos a medir isso com a utilização do programa informático ... e começamos a ver as percentagens que temos em alguns indicadores, que

nos mostram alguma qualidade (...) mas comparando há 7 anos atrás, quando cheguei cá, que não havia nada, ainda era muito registo de papel, (...) é uma grande evolução (...) (E B1 - 4)

A facilidade de acesso aos indicadores constitui, também, uma mais-valia para os participantes da USF B2:

“(...) isto é um programa feito ... a ... a pensar a nível de registos...a nível de indicadores ... a ... virado para a família (...) É fácil ... é sim, temos o processo todo com a família toda e é fácil irmos ... a ... irmos ver tudo o que se passa com cada um” (E B2 - 1)

Para estes enfermeiros, a importância dos indicadores revela-se também na orientação que dão como *guia das práticas*:

“Eu guio-me muito pelos indicadores, os indicadores guiam-me e se houvesse mais, melhor.” (E B2 - 6)

A importância atribuída aos indicadores, nos padrões de documentação, parece evidenciar diferentes significados. Enquanto que, os enfermeiros que trabalham nas USF necessitam de cumprir os requisitos dos processos de contratualização das suas unidades, sendo-lhes exigido o cumprimento de indicadores, os participantes da UCSP, apesar de não possuírem contratualização na unidade, entendem que é um dos caminhos que devem seguir para vir a constituir uma USF, por isso, veem vantagem no aplicativo informático lhes permitir o fácil acesso.

Outro dos aspetos facilitadores do aplicativo informático em uso foi a *possibilidade de acesso ao processo completo dos utentes*, o que não é possível como o SAPE (utilizado no ACES A), em que os enfermeiros não têm acesso ao registo dos médicos:

“(...) está concebido em termos de processo do doente ... eu consigo ver tudo acerca do doente, enquanto nos outros programas (...) está-nos vedado o acesso a informações que o médico regista ... informações importantes da família, nós conseguimos ver tudo, acerca daquela família daquele utente (...).” (E B - 2)

O facto de o programa possuir *instrumentos de avaliação familiar* foi considerado por alguns participantes do ACES B como um aspeto facilitador dos cuidados às famílias.

“(...) temos formas de registar, que eu não tinha visto, não sei se os outros programas foram aperfeiçoados em relação à família, que nós ... que nós não tínhamos informação ... nas escalas, nos outros programas eu nunca dei conta, escalas de Grafar, escalas adaptadas aos dependentes (...).” (E B - 2)

Para além das escalas de Grafar e escalas adaptadas aos dependentes, o programa informático possui outros instrumentos de avaliação familiar como o Genograma e o ciclo de vida de Duval (ainda que não sejam utilizados):

“A família? A família está aí, aqui está o genograma que não tem nada, mas está feito ... ou seja está construído ... temos uma plataforma, o VITACARE tem uma plataforma de construção do genograma automático ... e depois temos o ciclo de vida de Duval e temos a escala de Grafar adaptada ... é outra caracterização da habitação, se as pessoas têm ou não ... pronto ... “ (E B1 - 1)

Na USB B 1, os participantes identificam também *a possibilidade de programar atividades:*

“(...) funcionávamos por agendas ... ah ... por folhinhas de papel, agora temos uma programação ... pronto, não tem rigorosamente nada a ver (...).” (E B1 - 6)

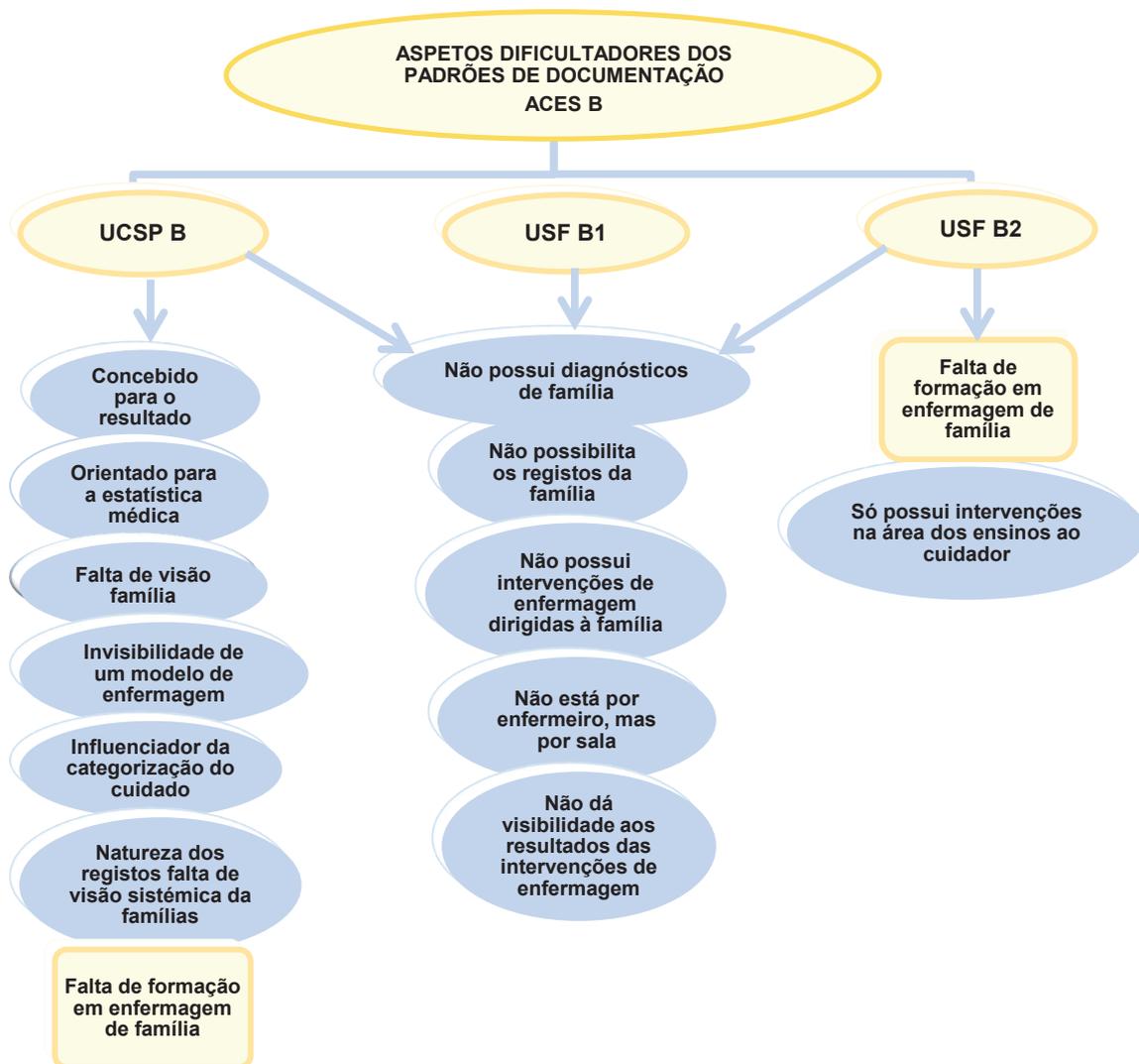
Na USF B2, emergiram ainda outros aspetos facilitadores dos padrões de documentação, como o facto de possuir a *identificação do enfermeiro de família nos processos dos utentes:*

“(...) todos os utentes estão identificados, quando abrimos a ficha pessoal, com o enfermeiro de família” (E B2 - 2)

A identificação do enfermeiro nos processos dos utentes está programada apenas no aplicativo informático da UCSP B e USFB2, o que identifica a coerência da utilização do método de enfermeiro de família, nestas unidades.

Para além dos aspetos facilitadores dos cuidados às famílias, os participantes do ACES B identificaram também aspetos **difícultadores** nos padrões de documentação que se apresentam na figura seguinte.

Figura 8 - Aspectos dificultadores dos padrões de documentação no ACES B



De forma distinta do ACES A, o facto do aplicativo informático *não possuir diagnósticos de enfermagem de família* foi considerado um aspeto dificultador do processo de cuidados pelos atores das diferentes unidades do ACES B.

Na UCSP B, este facto é apresentado como justificação para a não realização de diagnósticos nos padrões de documentação, argumentando-se, no entanto, que são elaborados pelos enfermeiros:

“A gente faz mais ou menos empírico, agora, é claro que escrever aqui, não ... não, a gente pode dizer que faz, a gente faz mentalmente, agora ... porque o próprio programa não está muito preparado, também para isso.” (E B - 2)

Os participantes da USF B1 advogam também que o programa não dá a possibilidade de realizar registos dos diagnósticos de família:

“(...)À enfermagem de família no sentido de diagnósticos de família não. Não tem, sequer! Diagnósticos para a família não tem ... tem diagnósticos individuais para cada pessoa, isso tem, agora para a família não. (...)Eu penso que isso é para o futuro, é para a frente, mas nesta altura não. (...). É muita coisa ... é muita coisa, o que é exigido nesse aspeto e depois alguma coisa há de ficar para trás, e essas coisas que são ótimas, que são para pensar, para refletir ... temos que refletir muito ... não posso chegar ao pé duma base que já estava feita, sacar aquela e ... até porque isso não é fácil fazer, não é? ... e depois vão ficando sempre, as questões vão ficando sempre para trás.” (E B1 - 1)

Apesar de defenderem a importância dos diagnósticos no aplicativo informático, parece não constituir uma prioridade para estes enfermeiros, aquando da elaboração do aplicativo. Na opinião dos enfermeiros da USF B2, a única forma de registar é a utilização do “texto livre”:

“Diretamente não ... há muita, muita informação que fica em texto livre, tem que haver sempre esse cuidado de complementar o que está em termos de ... atividades, em termos de diagnósticos depois complementar um pouco com o texto livre.” (E B2 - 5)

À semelhança dos diagnósticos à família, a *dificuldade de registo das intervenções de enfermagem à família* foi também identificada. Na USF B1 os participantes referem que o aplicativo não permite:

“(...) intervenções direcionadas para aquela família é uma questão de alguém tentar fazer isso pela primeira vez.” (E B1 - 1)

Esta dificuldade foi também manifestada pelos participantes da USF B2, apesar destes destacarem a possibilidade de registo em relação às intervenções de ensino ao cuidador:

“(...) à partida o programa nem, nem nos sabe dar ... pedir nada sobre, sobre essas coisas ... eh ... estou a pensar (...) mesmo nos programas, por exemplo ... da diabetes e no caso dos domicílios, quando são acamados ele pergunta-nos se nós fazemos os ensinamentos, ao próprio ou à família ou ao cuidador ... ah

... e na diabetes também, por exemplo, também nos pergunta se o cuidador ... também foi informado, mas pronto ... é só essa a única vez que fala de outra pessoa assistir à consulta” (E B2 - 4)

Em relação aos instrumentos de avaliação familiar, um dos participantes da USF B1 refere que o aplicativo informático não possibilita os registos da família, apenas a escala de MDA que é individual:

“Não tem, os registos não têm nada, que eu me esteja a lembrar que seja de registo familiar ... penso que não ... ah, os nossos registos ... penso que não ... penso que não, nós os registos que temos protocolado preencher é a escala de MDA que é individual, não tem a ver com o aspeto familiar ah (...)” (E B1 - 6)

No entanto, quer os enfermeiros da UCSP B quer outros participantes da mesma unidade (USF B1) identificaram como vantagens do aplicativo informático o facto de *possuir instrumentos de avaliação familiar*, como é o caso da escala de Grafar, do Ciclo de Vida de Duval e do Genograma.

Na UCSP B, os participantes, apesar de terem identificado como facilitador o fácil acesso aos indicadores, uma vez que necessitavam deles, se evoluíssem para uma USF, consideram como aspeto **dificultador** o aplicativo informático estar *concebido para o resultado* de forma a responder às necessidades da USF:

“O VITACARE, a meu ver, porque trabalhei com outros programas, é um programa virado para o resultado, portanto, toda a informação que nós colhemos e registamos está preparada para dar resultados porque foram trabalhados pela USF (...)” (E B - 2)

Ainda em relação aos indicadores, revelou-se, também, nas narrativas destes participantes ser dificultador o aplicativo *não estar preparado para os cuidados de enfermagem*, mas para a *estatística médica*:

“O programa não está virado para a parte de enfermagem, o programa está virado para estatística médica ... cobertura de consultas, cobertura de consultas de grupos de risco, de ... pronto, dos Programas Nacionais de Saúde ... está virado para aí (...)” (E B - 3)

O *acesso ao processo de todos os elementos de um agregado familiar, através de um dos elementos*, não teve o mesmo significado para todos os participantes

(ainda que o aplicativo seja diferente). Enquanto que os participantes do ACES A o consideraram facilitador, os da UCSP B consideraram-no dificultador, uma vez que, para estes, não é o suficiente para terem a “visão de família”, nem para conhecerem o relacionamento dos elementos da família e da história familiar:

“Realmente está ali a família ... está ali a família, é verdade, mas efetivamente temos que abrir cada um (...) não aparece a visão de família. (...) quais são as relações, o tipo de relações familiares que existem ... até ao nível do genograma (...). Qual é a história familiar? ... há sempre uma história familiar! Há sempre algo por trás (...) Porque é que este elemento está com problemas? Vamos ver o resto da família! Há falta de visão!” (E B - 1)

“(...) não faz sentido, devia haver uma parte família e aí eu registava e não ter que fazer em todos, eu tenho a família clicava na família e foi uma intervenção feita à família. (...) Eu entro sempre pelo utente, não há possibilidade de entrar pela família.” (E B - 2)

Outro aspeto dificultador que apresenta o aplicativo informático na perceção dos participantes da UCSP B é o facto de *não estar visível um modelo de enfermagem*:

“Ainda outro dia, eu estava a falar com as nossas alunas ... eu não vejo modelo de enfermagem, não consigo ver!” (...) (E B - 1)

Noutra narrativa, foi evidente a identificação de que o *programa informático está orientado para as valências e não para a família*, o que em sua opinião influencia a categorização do cuidado:

“(...)mas efetivamente há saúde infantil, há saúde do adulto, há ... está muito compartimentado, também é uma maneira de ... de facilitar a categorização, o cuidado, mas efetivamente não há nada ... há um investimento na saúde da família, assim ... escrito. Está a entender? Não há realmente (...)” (E B - 1)

Ainda relativamente aos padrões de documentação, os sujeitos da UCSP B consideram que *não existe visão sistémica* nos registos que realizam e que este facto se deve à forma como concebem os cuidados, que, também esta, não tem uma visão sistémica:

“Não, não se deve só aos registos, deve-se à forma como nós vemos as coisas! Porque os registos podem ser alterados depois da nossa visão se modificar ... temos é que realmente olhar para a pessoa como sistema família e a família como

um organismo que precisa ... um subsistema ... um subsistema que precisa de cuidado. Há muita tendência, apesar dos cuidados que a gente personaliza, às vezes trata-se do elemento, não se cuida do todo ... ignoramos o subsistema familiar, o subsistema filial, há necessidade de olharmos a interação desses subsistemas e de olharmos para o todo.” (E B - 1)

A mesma participante defende que a falta de visão sistémica é resultado também da falta de formação em enfermagem de família:

“(...) olhe, eu acho que necessito de mais formação, ih, ih, ih ... eu já lhe tinha dito isso ... eu gostava de ter mais formação nesta área, até porque ... para ver realmente ... como é que se podia, como é que se podia, eh ... eh ... colocar em prática.” (E B - 1)

Na USF B1, alguns participantes identificam como dificultador o facto de o aplicativo informático *não dar visibilidade aos resultados das intervenções*, embora nesta narrativa não se identifique que estas intervenções sejam à família:

“(...) a nível de registo informático isso não é muito visível ainda ... sinceramente, não há ... e não se vê a evolução ... a aquisição de conhecimentos, acho que não temos uma forma de registar as coisas e não é fácil também arranjar-la ... que demonstre que havia um conhecimento não demonstrado sobre um certo assunto e que depois houve uma intervenção de enfermagem e que isso depois foi melhorado (...) havia um longo trabalho a fazer nessa área, para dar visibilidade ao nosso trabalho, dar visibilidade às nossas intervenções ... portanto o que eu estava a dizer é que o vemos é números (...)“ (E B1 - 4)

Outros participantes acrescentam, ainda, que o facto de o aplicativo *não identificar o enfermeiro nos processos dos utentes e identificar a sala*:

“(...) mudava o sistema informático também para aquela forma que eu lhe disse ... por enfermeiro e não por salas de tratamentos e disto e daquilo, não ... fazia essa mudança.” (E B1 - 2)

Relativamente aos dados colhidos por observação, constatou-se que no ACES B, apesar do aplicativo informático (VITACARE) ser o mesmo nas diferentes unidades, a descrição das práticas de cuidados e o agendamento das consultas na UCSP B

e USF B2 se efetua no processo dos utentes, onde consta o nome do enfermeiro de família, enquanto na unidade USF B1, a descrição das práticas de enfermagem, bem como o agendamento dos cuidados é realizado por sala.

Constatou-se também que, quer no ACES A quer no ACES B, não existem registos de diagnósticos de enfermagem relativos às famílias. No ACES A, verificámos que apenas existem intervenções de enfermagem relacionadas com os procedimentos realizados aos utentes, independentemente do ficheiro a que pertencem. Já no ACES B, existem diagnósticos de enfermagem relacionados com os utentes, embora nem sempre apresentando juízo clínico associado, o que pode eventualmente estar na origem de alguma indiferenciação associada ao que se considera foco ou diagnóstico, quando se utiliza a linguagem classificada CIPE.

Relativamente ao registo das intervenções realizadas à família, evidenciaram-se em ambos os contextos ACES A e ACES B uma predominância de intervenções de vigilância. E no que respeita à família, as intervenções apresentavam-se centradas nos ensinamentos aos prestadores de cuidados (intervenções estas que, quer no caso do *SAPE* quer no caso do *VITACARE*, integram o programa).

Por outro lado, destaca-se que o aplicativo *VITACARE*, utilizado no ACES B, possui alguns instrumentos de avaliação familiar como o genograma, o ciclo de vida e a escala de avaliação de Grafar, tendo-se verificado por entrevistas informais realizadas aos elementos das equipas de enfermagem que nem todos os enfermeiros tinham conhecimento dessa existência e alguns que tinham, quando questionados sobre a sua utilização, referiram que não usavam (o que se verificou também pela observação). Este facto parece revelar falta de formação na utilização dos instrumentos ou mesmo desconhecimento da importância deles na avaliação familiar.

Os padrões de documentação surgiram, também, simultaneamente nas listas de problemas e de sucessos num estudo da MCSP (MCSP, 2008, p. 20).

Na opinião de Figueiredo e Moreira (2009, p. 63), *“Os enfermeiros, integrados em equipas multidisciplinares, necessitam cada vez mais de desenvolver competências na gestão da informação para que consigam manter a influência da enfermagem no contexto dos cuidados de saúde”*. No mesmo sentido, as autoras salientam a importância da documentação da informação relativa à produção dos cuidados às famílias e a identificação de áreas de intervenção de enfermagem como contributos valiosos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem de família.

Da pesquisa efetuada aos documentos orientadores para a implementação da atual reforma dos CSP, não foi encontrada evidência à necessidade da identificação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação, o que

nos remete para a questão colocada por Pereira (2009, p. 71) “*Será que não é possível complementar o conjunto dos indicadores de saúde em uso com informação capaz de traduzir o contributo singular dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações?*”

A ausência de informação sobre os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, assinalada por uma das participantes deste estudo, bem como a valorização dos indicadores em percentagem, poder-se-á assemelhar aos resultados do estudo realizado por Pereira (2009), também este em contexto de CSP, quando observou os padrões de documentação em uso, tendo verificado que a qualidade e a quantidade dos dados documentados guardavam uma estreita relação com os modelos de organização e distribuição do trabalho de enfermagem.

Para este autor, quando a organização do trabalho dos enfermeiros se orienta em torno de tarefas, a relevância que a informação assume nos registos informáticos é ditada por um conjunto de tarefas pré-determinadas, constituindo a necessidades de informação menos significativa também nos dados documentados.

Esta perspetiva enquadra-se nos resultados deste estudo, revelando-se nas dificuldades apontadas. Os participantes do ACES A exaltam o registo das intervenções de enfermagem e dos indicadores, nomeadamente, com o facto de não conseguirem retirar indicadores com facilidade, enquanto que para os participantes do ACES B a elaboração e registo dos diagnósticos de família é sentida ao nível da estrutura do aplicativo informático, nomeadamente na falta de visão sistémica, na orientação para os resultados numa perspetiva médica, bem como na falta de visibilidade aos resultados das intervenções de enfermagem.

3.5 - FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA

O novo modelo organizacional apresenta diferenças substanciais em relação às formas tradicionais de trabalho, quer do ponto de vista da autonomia profissional e da necessidade de reforço do trabalho em equipa quer ainda da abordagem multiprofissional dos problemas. Foi neste contexto que o grupo de MCSP identificou a necessidade de estruturação de um programa formativo para todos os profissionais, no sentido não só da compreensão das potencialidades e alcance do novo modelo organizacional, como para o estabelecimento e reforço de objetivos comuns que permitam às unidades progredir com qualidade e satisfação coletiva (MCSP, 2008_c, p. 18).

O grupo de Coordenação Estratégica, nas áreas de trabalho e objetivos para 2011 (Coordenação Estratégica, 2011_b) identifica a necessidade de desenvolvimento de formação pós-graduada nas áreas/especialidades de enfermagem comunitária e enfermagem de família.

Contudo, nestas necessidades formativas assinaladas, verifica-se pouca evidência à formação dos enfermeiros, na maioria dos documentos legislativos ou organizativos, ao contrário do que se tem vindo a enfatizar no caso da medicina geral e familiar, em que os documentos evidenciam a falta destes profissionais especializados.

Os resultados deste estudo apontam para que a *formação* constitua um interveniente no processo de cuidados às famílias.

No ACES A, a carência de formação em enfermagem de família surgiu nos discursos dos sujeitos, apenas quando questionadas sobre a necessidade de formação. Na UCSP A1, os participantes não referem necessidade de formação em enfermagem de família, existindo mesmo narrativas que evidenciam que os cuidados à família estão na génese dos enfermeiros:

“(...) acho que cada uma de nós sabe, está na nossa génese, acho que conseguíamos ... ah, conseguia dar resposta nesse sentido (...)”(E A1 - 1).

Considerar que os cuidados à família estão na génese dos enfermeiros e, por isso, não se perceberem necessidade de formação, pode constituir, na perspetiva de Hanson (2005), um obstáculo à prática de enfermagem de família.

Apesar de não terem dado relevância à formação para a construção da prática de cuidados à família, estes mesmos participantes referem como ponto frágil da reforma a falta de preparação da equipa de enfermagem e as dificuldades que tiveram na adaptação à nova metodologia de organização dos cuidados, em que deixaram de estar permanentemente na mesma atividade, passando rotativamente pelas diversas áreas:

“(...) eu tenho muitas dificuldades no calendário vacinal das crianças ... naquelas situações que fogem à normalidade, como ainda agora tivemos aqui, não é? ... eh ... emigrantes que num país vacinam com o BCG, noutros países não vacinam, nós ... enfim, eu tenho muita dificuldade, mas tenho esta colega que me apoia, sempre que eu tenho dificuldade, é com ela que eu vou ter, e vice-versa.” (E A1 - 1)

Refere, ainda, a mesma participante que, se lhe fosse exigido trabalhar como enfermeira de família, necessitaria de orientações “bem precisas”:

“(...) teria que ter orientações bem precisas, com certeza ... eu penso que sim ... penso que sim, mas também sou sincera ... se eu me deparasse agora com uma situação dessas ... foi colocada aqui neste CS, eu tenho a sensação, pela

pouca experiência que tenho, que eu era capaz de dar resposta ... pronto, acho que sim, acho que me sentia mais ou menos (...)" (E A1 - 1)

Na UCSP A2, apesar de só o terem referido quando questionada a necessidade de formação, um dos participantes menciona que gostaria de fazer formação na área da enfermagem de família:

"Era sempre bem-vinda, porque eu acho que isso ajudava bastante porque eu acho que agora há novas, novas guidelines até nesse aspeto e acho que isso era muito interessante, acho que sim que fazia falta à equipa toda, eu própria gostava de fazer formação nesse sentido, gosto muito desta área." (E A2 - 1)

Apesar da necessidade de formação em enfermagem de família ter sido pouco evidenciada pelos participantes da UCSP A1 e UCSP A2, uma das informantes-chave do ACES A, refere que, para que nestas unidades se utilize o método de organização de cuidados por enfermeiro de família:

"(...)primeiro, as enfermeiras precisavam de formação em enfermeiro de família, o que é enfermeiro de família, porque foi tudo uma história que nós temos e isso custa a mudar, não é? As pessoas continuam a fazer, embora tenham os seus utentes, mas as pessoas continuam a fazer exatamente a mesma coisa. (...) estão muito voltadas para o curativo, continuam muito voltadas para o curativo, eh, em termos da, da, da vigilância, sim, mas estão à espera que as pessoas venham, não é? E eu acho que também deviam ir (...)". (E IC - A-1)

No ACES B, a carência de formação em enfermagem de família surge nas narrativas dos participantes de todas as unidades. Na UCSP B, alguns participantes expressam sentir necessidade de mais formação:

"(...) eu acho que necessito de mais formação (...) eu já lhe tinha dito isso ... eu gostava de ter mais formação nesta área(...) sabe, ao longo da entrevista eu tenho pensado, realmente, as necessidades que eu tenho em saber mais (...) o que é que as nossas famílias precisam de nós? O que é que elas nos solicitam? Para sabermos qual é o caminho que nós temos que fazer (...) as novas formas de família, e essas novas formas de família trouxeram também novas demandas, e demandas até para os profissionais de saúde, como ... como agir com esta nova ... ah ... configuração, quem são os nossos elos de ligação? Quem é que nós podemos eh ... eh ... podemos solicitar para apoiarem? Para resolverem um problema do

utente? Da família? ... lidamos com falta de recursos familiares, eh ... são idosos a cuidar de idosos e isso para nós é ... é muito angustiante (...). (E B - 1)

Consideram que a formação que fizeram durante o percurso académico e profissional não foi suficiente e apontam a falta de investimento institucional na área da enfermagem de família:

"(...) eu acho que nós enfermeiros trabalhamos como enfermeiros de família, mas a maior parte, no seu percurso, não fez formação nenhuma em família, e começa logo por aí (...) eu sinceramente não tenho muita ideia de no curso, nos 2 cursos que fiz de se falar muito de enfermagem de família ... na especialidade tive alguma formação em famílias, o que foi bom, mas penso que ao longo do tempo poderíamos ter melhorado, não só na formação em serviço, como na sua própria formação e a organização também nunca investiu em formação (...) penso que isso devia ser alargado a todos os enfermeiros, porque há ... eu própria sinto essa limitação, e às vezes tenho que pegar nuns livritos sobre família, porque me falta (...)." (E B - 2)

Sustentam que a falta de formação os leva a centrarem-se nos programas de saúde e na saúde individual sem ter em conta a saúde da família:

"Tinha que haver mais formação, nesse sentido! Eu penso que devíamos ter todos essa formação ... esta é a minha visão, devíamos ter todos, porque fala-se muito em família nas escolas, ah ... mas, chegando à prática a preocupação é muita ... lá está ... saúde infantil, saúde do adulto, saúde ... mas não há aquela, aquela preocupação de dizer, não, vocês cuidado ... não, não é só, não é só aquela pessoa, e o resto? E o que está por trás? (...)." (E B - 1)

Defendem ainda, que a falta de formação em enfermagem de família leva os enfermeiros a não defenderem esta prática:

"(...) eu penso que tem a ver com o desconhecimento, eu não sei ... alguns colegas não são defensores da enfermagem de família, se fizessem alguma formação nessa área eu não tenho dúvidas que era isso que eles queriam (...)." (E B - 2)

Noutras narrativas, foi evidenciado que a formação é proporcionadora de uma visão e de uma obrigação diferente para a prática da enfermagem de família:

“Podem não querer, mas têm outra visão! E depois escolhem, não é? ... é diferente a pessoa fazer não sabendo, do que fazer sabendo ... porque pesa na consciência (...).” (E B - 1)

Exaltam também a importância de terem professores a orientar alunos na unidade onde trabalham, para despertar a necessidade de reflexão sobre a família nas práticas de cuidados:

“A professora (...) veio cá ... no ensino clínico, deu muita ênfase à parte da família e isso foi muito importante! Esta sua interação com os alunos fez com que a pessoa ... ah ... realmente ... estamos muito virados ... realmente envolvemos as famílias, quando são pessoas dependentes, que realmente é verdade, há mais essa ... essa necessidade de envolvimento da família, quando são utentes dependentes ou quando é para o ensino de alguma técnica ... pronto ... agora em relação a outras coisas não se vê tanto ... é importante despertar para essa necessidade. (E B - 1)

Alguns sujeitos identificam que o problema da desvalorização da família nos cuidados é ainda hoje evidente nos estudantes de enfermagem:

“Eu acho que já é um problema de base e de formação, não é só, porque não se incute isso a eles na escola, basta vermos o exemplo, olhe, eles vão fazer um estudo de caso de um bebé, raramente há um aluno que não pergunte se tem que fazer à família, É lógico que se tem que fazer a uma família, não pode ser só a um bebé (...).” (E B - 4)

Na USF B1, a necessidade de formação emergiu nas narrativas dos enfermeiros, quando questionados sobre o assunto. Estes participantes também consideram que a formação de enfermagem não os preparou para a família. O raciocínio clínico que habitualmente realizam tem em conta o indivíduo e a doença e não a saúde familiar:

“(...) o problema está no nosso mau pensamento, ou seja, nós não temos que pensar muito ... nós chegamos a um ponto, em que ... em que ... ser enfermeiro de família, de uma família implica pensar muito ... quer queiramos quer não, implica, implica pensar mais do que chegar (...) é que nós fomos todos treinados para a parte curativa ... todos treinados para isso (...) nós não fomos bem treinados em altura nenhuma das nossas vidas, para ... para pensar nas outras coisas, não é? ... e continua a ser um bocadinho assim, porque é mais

fácil ... mais fácil ... não sei se é mais fácil, pelo menos tem mais resultados e é mais visível e como é mais visível a gente faz isso, é a nossa cabeça, somos humanos e os humanos funcionam assim.” (E B1 - 1)

À semelhança da UCSP B, estes participantes também apontam a inexistência de formação específica em enfermagem de família:

“(...) e também ah, ah também acho que devia haver uma formação também específica, mais direcionada a isso (...)” (E B1 - 6)

A carência de formação também se verificou quando questionados sobre a elaboração de diagnósticos de família, respondendo que necessitam de formação para os realizar:

“Pois, se calhar íamos precisar de formação, no âmbito dos diagnósticos, do diagnóstico de família, talvez.” (E B1 - 3)

Ainda que algumas semelhanças se verificassem nas percepções dos participantes da UCSP B e dos participantes da USF B1, outras revelaram-se distintas. A necessidade de formação em enfermagem de família não se manifestou espontaneamente nos discursos dos participantes da USF B1, no decorrer das entrevistas, tendo havido necessidade de colocar diretamente a questão a esta equipa. Por outro lado, nos discursos destes participantes não se revelou que a carência de formação que possuem possa estar relacionada com a responsabilidade profissional individual, mas com a responsabilidade das instituições que não a adequaram à evolução dos cuidados, o que parece favorecer a continuação da construção das práticas centrada no modelo biomédico que até aqui os orientavam.

Narrativas diferentes foram encontradas nos discursos dos enfermeiros da USF B2, assemelhando-se aos discursos dos enfermeiros da UCSP B, em que a necessidade de formação foi evidenciada espontaneamente ao longo das entrevistas. Para os sujeitos da USF B2, a formação em contexto de trabalho e a autoformação em enfermagem de família é da responsabilidade profissional:

“A formação dos enfermeiros ... na escola ou em contexto de trabalho, porque não em contexto de trabalho? Os enfermeiros mais novos, se calhar não, mas os mais velhos habituaram-se a tirar o curso e pronto está feito, está resolvido o meu problema ... e agora vou trabalhar. Mas nós vimos nos outros profissionais todos, e nós demorámos um bocadinho a perceber isso, que todos os dias é preciso estudar.” (E B2 - 6)

Embora estes identifiquem a falta de conteúdos de enfermagem de família nas especialidades em enfermagem, não negligenciam a autoformação e a reflexão sobre as práticas:

“Não, não, eu nessa área como lhe digo é mesmo a formação, gostava, acho que precisava (...) tudo o que aprendi é de pesquisas que fiz ... autoformação.” (E B2 - 3)

“(...) estou a pensar em enfermeiro de família, nunca houve uma especialidade que contemplasse muito essa área ... mesmo na especialidade de enfermagem comunitária, não tem muito enfermagem de família ... tanta quanta eu desejaria e os enfermeiros não têm bem isto estudado, a teoria ajuda muito na prática e a nossa teoria falta ... falta formação teórica porque prática nós temos muita, falta tempo para refletir sobre a prática. O enfermeiro que trabalha como enfermeiro de família e depois vai fazer uma pós-graduação, que eu não fiz com muita pena, mas vai estudar durante algum tempo ... vai refletir sobre a sua prática, quer queira quer não, não vai aprender muito de novo mais vai refletir, sobretudo refletir sobre a prática e falta-nos isso, também para aprendermos a valorizar, refletir sobre a prática de enfermagem de família.” (E B2 - 6)

Estes enfermeiros advogam ainda a importância da prática e da teoria na construção dos cuidados:

“(...) a prática que é uma mais-valia muito grande, são muitos anos a trabalhar, mas depois é preciso por um bocadinho mais de bagagem em cima disso ... é a teoria que nos dá a segurança” (E B2 - 6)

Para estes enfermeiros, a falta de formação em enfermagem de família é espelhada nos registos que efetuam, valorizando os indicadores:

“Tem! Tem a ver com a formação e agora mais recentemente terá a ver com os tais indicadores, com ... (...) de certeza absoluta que muita gente não percebe que estamos a fazer enfermagem de família.” (E B2 - 6)

A falta de formação percecionada pelos participantes pode comprovar-se no enquadramento teórico desta tese, onde se constatou que, a nível da formação em enfermagem, a integração de objetivos e conteúdos da família nos planos de estudo dos cursos de enfermagem verificou-se em 1977 (*Livro Verde*) e em 1987 (*Livro Branco*)

onde era apenas revelada a importância da família como contexto onde a pessoa se integra e não com unidade de cuidados. Em relação à integração da enfermagem de família nos planos de estudos, em Portugal, não se encontra nenhum estudo que o evidenciasse a não ser Figueiredo (2009) que, num estudo realizado aos planos de estudos de cinco escolas do país, concluiu que essa integração é muito distinta nas diferentes instituições e os conteúdos também muito variáveis.

Atendendo à caracterização dos participantes, idade e tempo de experiência profissional e relacionando-se com data de registo da integração de conteúdos da temática família e enfermagem de família, corrobora-se a necessidade de formação manifestada pelos atores deste estudo.

Em relação aos cursos de pós-graduação em enfermagem de família, Figueiredo (2009) identifica a sua existência, desde a última década, o que, sendo esta investigação datada de 2009, parece coincidir com o a declaração da WHO (2000), resultante da Segunda Conferência Ministerial de Enfermagem da OMS-Região Europeia, onde se perspetiva estabelecer programas e serviços de enfermagem comunitária centrados na família e os enfermeiros como *pivot* central do desenvolvimento e coordenação das intervenções na comunidade, sendo a família o núcleo central da sua intervenção.

A nível nacional, resultado do compromisso assumido pela OE de divulgar e aprofundar as conclusões desta declaração, realizou-se a Conferência Nacional “*A Cada Família o seu Enfermeiro*”, onde se defendeu também a formação dos enfermeiros para assegurar a continuidade e a consolidação da figura do enfermeiro de família (OE, 2002).

A evidência à necessidade de formação especializada dos enfermeiros em saúde familiar levou à publicação do Regulamento n.º 126/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar, publicado a 18 de fevereiro de 2011, bem como o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar, publicados em 22 de outubro de 2011 (OE, 2011_b).

Contudo, os constrangimentos nacionais impostos ao desenvolvimento profissional da enfermagem impediram até então o início da concretização dos cursos de especialização em enfermagem de saúde familiar.

No que respeita à formação em contexto de trabalho ou formação organizada pela ARS do Centro, onde se integram os profissionais das unidades funcionais de saúde em estudo, não existe evidência a que tenha sido realizada, no âmbito da enfermagem de família ou mesmo da saúde familiar, podendo esta pontuar-se como uma mais-valia, como comprovam os estudos de Figueiredo (2009) e de Santos (2012).

No entanto, no Quadro de Revisão Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP, desenvolvido pelo GTDPSP (2012_b), identifica-se como um dos objetivos estratégicos para os próximos anos o desenvolvimento da área de enfermagem de saúde familiar no que respeita o assegurar a cobertura total do país e a equidade de acesso aos CSP de qualidade.

Da análise global das narrativas dos participantes das diferentes unidades, emerge discrepância na perceção das necessidades de formação no âmbito da enfermagem de família. Enquanto que os enfermeiros do ACES A não demonstram claramente a necessidade de formação nesta área, ainda que a informante-chave (IC - A - 1) identifique essa necessidade, os enfermeiros do ACES B manifestam-na. Esta constatação parece relacionar-se com os resultados encontrados na caracterização das atitudes dos enfermeiros face às famílias. No ACES B, onde se evidenciam atitudes de maior suporte face à família, os enfermeiros revelam mais necessidade de formação.

Por outro lado, em relação aos participantes das diferentes unidades em estudo, a mais clara evidência da necessidade de formação surge nas narrativas dos enfermeiros da UCSP B e USF B2, contextos onde os cuidados de enfermagem são orientados pela metodologia do enfermeiro de família e onde os cuidados parecem aproximar-se mais dos modelos de avaliação e intervenção familiar expostos na fundamentação teórica desta tese.

Constatou-se ainda que nestas unidades existem enfermeiros com cursos de especialização em saúde comunitária, o que não se regista nas outras unidades onde a aproximação aos modelos da sistémica familiar parece mais distante.

Neste sentido, a formação parece revelar uma relação direta com a produção dos cuidados, constatação também identificada nos estudos desenvolvidos por Figueiredo (2009) e por Santos (2012), como já foi evidenciado, também estes realizados em contexto de CSP.

Da análise global dos achados, pode inferir-se que a formação dos atores em cuidados às famílias permanece aquém das mudanças introduzidas nas políticas da saúde, das orientações da OE e das mudanças ocorridas com a reconfiguração dos CS em unidades funcionais de saúde. Esta constatação remete para a opinião de Costa (2006_b, p. 41) quando apresenta a perspetiva de Canário de que quando «as mudanças são impostas do centro para a periferia» levam a resultados paralelos nas intervenções locais dos enfermeiros, em que a aplicação da lei multiplica práticas, interações e relações ocultas informais.

3.6 - INEXISTÊNCIA DE UM MODELO TEÓRICO

Na perspetiva de Friedman (1998) e de Hanson (2005) a falta de modelos e instrumentos adequados e abrangentes para a avaliação familiar constitui um dos obstáculos colocados à prática de enfermagem de família:

“Quando não existe uma estrutura conceitual, é extremamente difícil (...) agrupar dados díspares ou examinar os relacionamentos entre variáveis múltiplas que causam impacto para a família” (Wright & Leahey, 2009; p.4).

A inexistência de um modelo de enfermagem emergiu apenas no discurso de dois dos participantes do ACES B, um da UCSP B e outro da USF B2. Na perceção destes sujeitos, a inexistência dum modelo teórico dificulta a orientação e a uniformidade das práticas o que pode levar a conflitos entre utentes e profissionais e entre equipas:

“(...) havia uma uniformização dos cuidados ... (...) falta de protocolos, de um modelo teórico ... que nos oriente, é muito ... é facilitador, porque toda a gente segue aqueles ... e tende a haver uma uniformidade de procedimentos, e já evita ah ... uma disparidade ... olhe e depois, ah ... depois os utentes apercebem-se «olhe, aquela enfermeira foi assim, teve este procedimento a outra teve outro procedimento» e isto leva a ... a conflitos, conflitos entre utentes e profissionais e entre equipas (...)era ter um modelo que realmente nos orientasse.” (E B - 1)

Reforçando-se a opinião de que devia existir uma orientação da OE para um modelo que seja utilizado nas diferentes unidades:

“(...) não está divulgado a quem de direito, a Ordem vai ao ministério dizer: os enfermeiros, devem aplicar este trabalho, este modelo em todas as unidades? E depois implementá-los nas unidades? Na minha opinião, nestas unidades quando as orientações vêm de cima para baixo alguma coisa se faz, quando é ao nível da base não se consegue.” (E B2 - 6)

Como refere Costa (2009), quando não existe uma definição clara dos modelos, subsistem áreas nebulosas nos processos, que levam a dificuldades na sistematização dos conceitos e que, por sua vez, protelam a afirmação social da profissão.

Relacionando os discursos dos participantes que se pronunciaram sobre o assunto, com a formação que possuem e à luz dos resultados da primeira fase do estudo (onde se

concluiu que os enfermeiros especialistas e que possuem o grau de mestre apresentam atitudes de maior suporte face às famílias) parece confirmar-se também aqui esta relação. Os sujeitos acima identificados, (B - 1 e B2 - 6), são dois participantes que possuem o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Comunitária e a participante B - 1 possui também o Curso de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde.

Neste sentido, quer a identificação da necessidade de formação quer a identificação da necessidade da existência de um modelo de enfermagem para orientar as práticas de cuidados à família parece ter relação com a formação especializada em enfermagem comunitária.

Por outro lado, o método de trabalho que os enfermeiros utilizam, parece, também, relacionar-se com a identificação da necessidade de um modelo de enfermagem, uma vez que foram os enfermeiros que trabalham pelo método de enfermeiro de família os que identificaram a inexistência de um modelo de enfermagem como fator dificultador do processo de cuidados às famílias.

A necessidade de um referencial de enfermagem com base nas teorias de enfermagem, que oriente a prática dos enfermeiros em CSP, foi também encontrada no estudo de d'Espiney (2010), assumida nalguns CS como uma estratégia para conferir unidade e sentido à ação.

Segaric e Hall (2005) defendem que apesar do reconhecimento da importância da família nos cuidados e do progresso no desenvolvimento da teoria da família, a transferência da teoria para a prática da enfermagem tem sido limitada. Contudo, citando Upton, as autoras defendem que teoria e prática são consideradas entidades inseparáveis e advogam que, entre outros, a falta de capacidade de incorporar a teoria na prática de enfermagem é frequentemente considerada uma das razões do desfasamento entre a teoria e a prática.

As metodologias de organização dos cuidados de enfermagem e os modelos conceituais de orientação para a construção e produção de cuidados têm sido objeto de estudo em algumas investigações científicas, identificando-se relações significativas entre os métodos de organização e os modelos de orientação. Graveto e Silva (2008) defendem que muitas vezes, os modelos preconizados para a orientação dos cuidados não se relacionam com os métodos de organização dos cuidados, o que leva a uma discrepância entre o que deveria ser ideal - modelos teóricos/método de trabalho enfermeiro de referência (e neste caso método de enfermeiro de família) e o que é usado - modelos pessoais/método à tarefa.

Neste sentido, também se encontram os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde se identifica como elementos para

maximizar a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, entre outros, a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade e a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem (OE, 2001).

Por outro lado, esta articulação do método de organização de cuidados e do modelo de orientação para avaliação e intervenção constituem também orientações para a prática do enfermeiro especialista em saúde familiar, segundo o Regulamento n.º 126/2011 (p. 8660):

“O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da Organização Mundial da Saúde, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade (...) A partir de um método organizado, dinâmico e sistematizado de pensamento crítico sobre a saúde familiar compilando dados sobre cada família que permita a identificação de problemas e a formulação de diagnósticos de enfermagem, a formulação de prognósticos, a formulação de objetivos e o planeamento da intervenção ou contrato de ação com a família.”

Neste contexto, surge a adoção pela OE do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar (Figueiredo, 2009; 2012) sustentado no pensamento sistémico, como referencial epistemológico e como fontes teóricas o Modelo Calgary de Avaliação da Família e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (OE, 2011).

3.7 - EQUIPA MULTIPROFISSIONAL

O conceito de equipa assumiu um elemento estrutural central na arquitetura organizacional da atual reforma dos CSP. As equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, nomeadamente nas USF e nas UCSP, possuem missões específicas nos cuidados à pessoa e à família designando-se por isso equipas de saúde definidas como: *“(...)uma realidade constituída por profissionais individuais com liberdade para agir de modo nem sempre previsível e cujas ações se encontram interligadas a tal ponto que a ação de um profissional modifica o contexto para os outros”* (Neves, Tanqueiro, Verissimo & Silva, 2013, p. 66).

Neste estudo, a criação de novas unidades funcionais de saúde e conseqüentemente novas equipas levou a diferentes perceções na forma de relacionamento entre

profissionais, na organização dos cuidados de enfermagem e a ausência da figura do enfermeiro chefe e do enfermeiro especialista põs em risco a autonomia profissional e a perda de competências dos enfermeiros.

O **relacionamento entre os profissionais** nas diferentes equipas parece ter resultado da *dinâmica de formação* das mesmas, na opinião de alguns participantes da UCSP A2 e da USF B1. As equipas das unidades UCSP A2, USF B1 e USF B2 foram autoformadas constituindo para os participantes que as integram um dos pontos fortes da atual reforma:

“(...) há uma boa relação na equipa, muito boa relação, isso ajuda (...) a equipa de enfermagem foi mais ou menos escolhida e a equipa médica também, portanto todos estes médicos que aqui trabalham já se davam bem(...)” (E A2 - 1)

Para estes atores, a autoformação das equipas e o bom relacionamento entre os diferentes grupos profissionais impulsionou também a qualidade dos cuidados:

“Ah...uma excelente equipa, tanto... enfermagem como médicos (...) a nível de enfermagem e de médicos a gente consegue fazer um excelente trabalho.” (E A2 - 2)

“(...) é diferente estarmos com quem queremos ou estarmos com quem somos obrigados (...) e os resultados também são completamente diferentes (...)” (E B1 -1)

Os participantes da USF B1 consideram que nesta equipa existe uma relação de simetria entre os profissionais:

“(...) eu sinto aqui ... aquilo que eu sempre imaginei, os profissionais são todos importantes, eu como enfermeira, ele como médico somos todos necessários, não há aqui mais, nem menos, eu acho que aqui nós sentimos isso, e é muito importante sentirmos que todos somos importantes, e que uns necessitam de uns e outros necessitam de outros (...)” (E B1 - 5)

A orientação para a auto-organização das equipas nas USF foi efetuada pelo Decreto-Lei 157/99, que reconhecia a necessidade de criar estruturas de gestão local, dotadas de autonomia, com personalidade jurídica e de uma hierarquia técnico assistencial que tivesse capacidade para influenciar o desempenho, mediante a constituição

de equipas formadas pelos próprios profissionais. Esta orientação foi identificada como um dos pontos fortes, pelo facto de *“(...) serem os profissionais que se auto-organizam em equipas com uma grande autonomia funcional, e que dizem como é que vão realizar a prestação de cuidados e de serviços, para depois contratualizar”* (Santos *et al.*, 2007, p. 15, 16).

A autonomia que os profissionais dispõem no trabalho em equipa foi considerada noutros estudos como um fator de satisfação (MCSP, 2008). Neste estudo, a autonomia foi apenas identificada pelos participantes da USF B1, quando referem o facto de trabalharem numa USF lhes permite terem uma relação de simetria com toda a equipa pluridisciplinar.

Ainda que o relacionamento entre os profissionais possa ser uma mais-valia da autoformação das equipas, em relação à autonomia dos enfermeiros revelou-se diferente na USF B1 e USF B2. Enquanto que na USF B1: *“(...) têm um coordenador muito democrático, que respeita imenso a classe de enfermagem (...)”* (E IC - B - 2), na USF B2 *“(...) temos o modelo, precisamente ao contrário, em que as pessoas querem ser livres e fazer algumas coisas e não deixam ... portanto é tudo muito ... é diferente.”* (E IC - B - 2).

Por outro lado, as equipas que não tiveram a mesma dinâmica de formação (UCSP A1 e UCSP B) e que a sua constituição resultou dos elementos que não foram convidados a integrar as equipas que se autoformaram sentiram o processo de constituição das equipas como um ponto frágil da reforma. Exaltam as relações de poder da equipa médica sobre a organização dos cuidados de enfermagem:

“(...) quando foram criadas as unidades ... eh ... lembro-me que a equipa aqui a equipa de baixo (...) tinha decidido que iria trabalhar por enfermeiro de família, e até já tinham distribuído os ficheiros por enfermeiro, e nessa equipa houve alguma aceitação por parte dos médicos (...) na minha unidade isso foi logo posto de parte.” (E A1 - 2)

Esta opinião é também partilhada pelos participantes da UCSP B. Contudo, nesta equipa os enfermeiros mantiveram a organização que tinham antes da formação da unidade:

“(...) a parte médica, queria que nós trabalhássemos à tarefa. Achavam que era mais fácil ... estava uma pessoa todo o dia na sala de tratamentos, todo o dia a fazer pensos, todo o dia a vacinar, achavam que podia ser vantajoso para a parte médica, ou para ... para a organização que eles achavam que devia ser,

*não é? ... e nós fomos perentórios e dissemos que não, que o nosso modelo nesta unidade era enfermagem de família. E escrevemos no **regulamento interno**.” (E B - 2)*

Neves (2012) realizou uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de conhecer como é percebido o papel do enfermeiro na equipa multidisciplinar em CSP, onde um dos artigos da amostra em estudo [Swiadek (2009)] conclui que, quanto mais conscientes estiverem os enfermeiros do papel profissional que podem conquistar, mais próximos ficam dos poderes institucionais para cuidar (enquanto profissional de saúde) e de quem é cuidado (utente e família), conduzindo ao redimensionar das relações de trabalho e de autoridade partilhada, necessária aos processos participativos numa efetiva equipa multidisciplinar.

Outro dos achados do referido estudo indicia que os outros profissionais das equipas de saúde nem sempre possuem conhecimento sobre as funções e o âmbito dos cuidados dos enfermeiros, o que contribui para perceções baseadas em estereótipos descontextualizados que influenciam a dinâmica da equipa.

A alteração criada na **coordenação das unidades** (por um médico) e a **ausência da figura do enfermeiro chefe** constitui na opinião dos informantes-chave dos ACES B um risco para a *perda de autonomia profissional* e, ao mesmo tempo, uma *perda de competências dos enfermeiros*:

“(...) isso é constrangedor ... o ... não termos tanta autonomia. O que eu senti foi mesmo isso ... e eu tive esta experiência (...) todas as vezes que eu trabalhei com a metodologia de enfermeiro de família (...) eu tive sempre toda a liberdade de fazer aquilo que eu achava que era melhor para os meus utentes e para a enfermagem (...) eu chego à USF e dizem-me: “Você não pode avaliar o desenvolvimento da criança!” Porquê? “Porque não tem capacidade para isso, eu” Porquê? Eu até sou enfermeira especialista de saúde infantil... Eu até estive em consultas de desenvolvimento. “ (E IC - B - 2)

“(...) nós somos uma carreira autónoma a enfermagem tem competências para saber gerir os cuidados que presta! E ah ... e de facto não tem que andar subordinada àquilo que o coordenador que é médico designa para o grupo de enfermagem ... e ... e quando os elementos do grupo de enfermagem veem que esta forma de liderança que é e acaba por ser em muitos casos bastante autocrática ... ah ... está a ultrapassar aquilo que é considerado o livre, a livre possibilidade do desempenho das funções de enfermagem (...) pronto, isto leva à perda da autonomia de enfermagem! Sinto isso!” (E IC - B -1)

A falta de reconhecimento das competências de gestão, até aqui desempenhadas pelo enfermeiro chefe e o controlo e o poder do médico é também uma perceção destes participantes:

“(...) a falta de reconhecimento dessas competências de gestão pela parte da enfermagem (...) não há esses reconhecimento como existia em relação ao enfermeiro chefe, nem pela parte do grupo de enfermagem nem pela parte médica e portanto isto tem gerado (...) uma situação de alguma ambivalência porque, por um lado isso é sentido, mas por outro lado, sobretudo o coordenador, também não quer muito a intromissão do enfermeiro chefe, quer que a equipa seja autónoma e desta forma é mais fácil para ele exercer o poder, enquanto poder de toda a unidade (...).” (E IC - B -1)

A perda da figura do enfermeiro chefe e do enfermeiro especialista, nestas equipas levaram à necessidade de criação da figura do enfermeiro interlocutor, assumindo este um papel fundamental na organização dos cuidados de enfermagem.

Para os informantes-chave do ACES B e para os participantes da UCSP B, o enfermeiro interlocutor assumiu um papel fundamental na mediação da pressão exercida pelo coordenador, principalmente na metodologia de organização dos cuidados de enfermagem:

“(...) nós já tivemos (...) da parte da coordenação alguma tentativa para nos afastar deste método de trabalho (...) e ... e a equipa foi ... na minha pessoa e noutros colegas ... que ... que na altura também estiveram com funções de gestão, nós dissemos, fomos perentórios a dizer que não, não trabalhávamos de outra forma e colocamos isso, no ... no ... no regulamento interno e que o nosso modelo era enfermagem de família.” (E B - 2)

À semelhança deste estudo, a constituição das equipas apresentou-se como um processo revelador da perda de autonomia e de poder dos enfermeiros, face aos profissionais de medicina, num estudo realizado por Maciel (2011), com objetivo de compreender os potenciais impactos das alterações, da reforma dos CSP, nos modos de organização e gestão dos CS nos papéis profissionais tradicionalmente desempenhados pelos enfermeiros gestores.

A desvalorização do papel do enfermeiro chefe foi também encontrada pelo mesmo autor, Maciel (2011, p. 76):

“(..) um vazio de poder nas posições mais elevadas da hierarquia profissional. Não há enfermeiros que ocupem essas categorias e a representatividade do setor profissional não é assegurada nas tomadas de decisões, na definição das estratégias organizacionais”

Neste estudo, os participantes das USFS não manifestam a mesma opinião e destacam a mudança relativa à gestão das unidades:

“(..)o poder trabalhar com uma equipa que se gosta e que se ... nos objetivos que todos compreendemos e que, e que ... nos quais nos reunimos periodicamente e que e com os quais nos debatemos e que nos debruçamos sobre o assunto onde a ... ah ... a gestão é partilhada, onde tudo é debatido (...)” (E B2 - 4).

A este respeito, d’Epiney (2010, p. 201, 202) defende que a criação das USF e a reorganização dos serviços de saúde vieram pôr em causa o papel dos enfermeiros chefes dos CS. A extinção deste papel na atual reforma dos CSP retirou aos enfermeiros o poder de decidir no quotidiano sobre o trabalho dos seus pares, havendo, no entanto, um aparente ganho de autonomia dos enfermeiros com uma transferência parcial para as equipas das USF que integram o poder de decisão sobre a gestão do seu quotidiano, bem como de fazer escolhas no âmbito das áreas que pretendem desenvolver. A mesma autora alerta para o facto de:

“(..) deixar de ter uma liderança próxima que organiza e, sobretudo, baliza o trabalho dos enfermeiros no quotidiano e que assume, teoricamente, a defesa da posição que estes ocupam na divisão social de trabalho, traz responsabilidades acrescidas a cada um individualmente. E esta responsabilização é, para muitos, surpreendente e coloca-os perante a necessidade de por si próprios afirmarem a sua competência e o seu saber, sob pena de se diluírem e subalternizarem no seio das equipas.”

Esta constatação pode estar na base da diferenciação entre aqueles que se afirmaram (UCSP B) e aqueles que se subalternizaram (UCSP A1) relativamente à organização dos cuidados de enfermagem.

Por outro lado, a prática de cuidados em equipa traduz-se numa lógica de organização e de gestão participativas que implica a alteração das estruturas tradicionais, piramidais, autoritárias e rígidas por outras matriciais e flexíveis, mais próximas dos utentes e da

comunidade. No entanto, não existindo uma indissociação entre sujeitos, situações profissionais e contextos de trabalho, podem estabelecer-se tensões permanentes onde não é alheia a crise da identidade profissional (Costa, 2006_a).

Nesta lógica, também se pode reafirmar a distinta ação dos enfermeiros da UCSP A1 e da UCSP B, onde para os primeiros a pressão exercida pelos profissionais de medicina levou à não organização em equipas de saúde familiar e para os enfermeiros da UCSP B não constituiu impedimento, evidenciando nas suas narrativas a imposição da equipa de enfermagem perante a equipa médica.

Esta constatação foi já evidenciada por Silva (2004, p. 67), num outro contexto da prática de cuidados de enfermagem, onde a multiplicidade de fenómenos e de acontecimentos, nos quais as características das instituições de saúde, as estruturas da organização, as diversificadas fontes de poder e os paradigmas vigentes conduziram a diferentes conceções de cuidados de enfermagem e a diferentes modelos de organização dos mesmos.

Contudo, as diferentes atitudes dos enfermeiros que integram as unidades, onde a pressão exercida pelo poder médico foi mais evidente (UCSP A1 e UCSP B), reportam-nos também para diferentes paradigmas de enfermagem. Quando os cuidados de enfermagem são assumidos pelos enfermeiros, com base no mandato social ao qual têm de responder, nomeadamente pelos responsáveis (enfermeiros chefes ou, nesta realidade, enfermeiros interlocutores), as equipas de enfermagem, peleiam para a autonomia e para a identidade da profissão, numa lógica transformista da submissão e da visão biomédica dos cuidados.

Por outro lado, as equipas que se mantêm fieis aos modelos biomédicos, tendem a respeitar a submissão ditada pelos profissionais que os comandam, sendo estes os detentores do conhecimento o qual é o único verdadeiro e necessário para a qualidade dos cuidados.

Com base nestas relações, poder-se-á também fazer a leitura dos resultados da caracterização das atitudes dos enfermeiros face à família nos cuidados. As equipas onde as atitudes dos enfermeiros demonstram maior suporte ou atribuem maior importância às famílias (UCSP B) tendem a defender um paradigma atual, onde os cuidados às famílias são organizados por equipas de saúde familiar. Nas equipas onde os resultados demonstram menor importância dada às famílias ou atitudes de menor suporte, os cuidados mantêm-se organizados por tarefa, obedecendo-se à vontade dos profissionais médicos que comandam a conduta das equipas de enfermagem.

Como defende Costa (2006_b, p. 41) *“A questão da mudança coloca-se também como ação política no contexto do sistema dos atores empíricos, com as suas*

características, com as suas estruturas de poder, as suas capacidades e as suas regras de jogo”, exigindo-se que a estratégia de mudança ocupe um lugar central, onde o papel dos diferentes atores, no contexto real dos cuidados, produza novas práticas individuais e coletivas, só possível quando se atende à especificidade dos atores, com as suas características, estruturas, capacidades e regras.

3.8 - PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE, FAMÍLIAS E ATORES

Os Programas Nacionais de Saúde constituem instrumentos chave para a aplicação do Plano Nacional de Saúde nos diversos contextos nacionais, regionais e locais do Sistema Nacional de Saúde. Integram como intervenientes nesta aplicação todos os profissionais envolvidos, bem como todos os indivíduos e famílias.

À luz das políticas internacionais, os Programas Nacionais de Saúde devem orientar os profissionais para contribuir para que as famílias sejam capazes de apoiar os seus membros (Meta 3), promovendo e protegendo a saúde, ao longo da vida, corrigindo as perdas da idade e a conseqüente sobrecarga para a família (Meta 5). Neste sentido, é necessário um sistema de saúde mais integrado, com maior ênfase nos CSP, onde no centro das equipas deve estar o enfermeiro de família que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilos de vida, apoio familiar e cuidados domiciliários (Meta 15) (OMS, 2003).

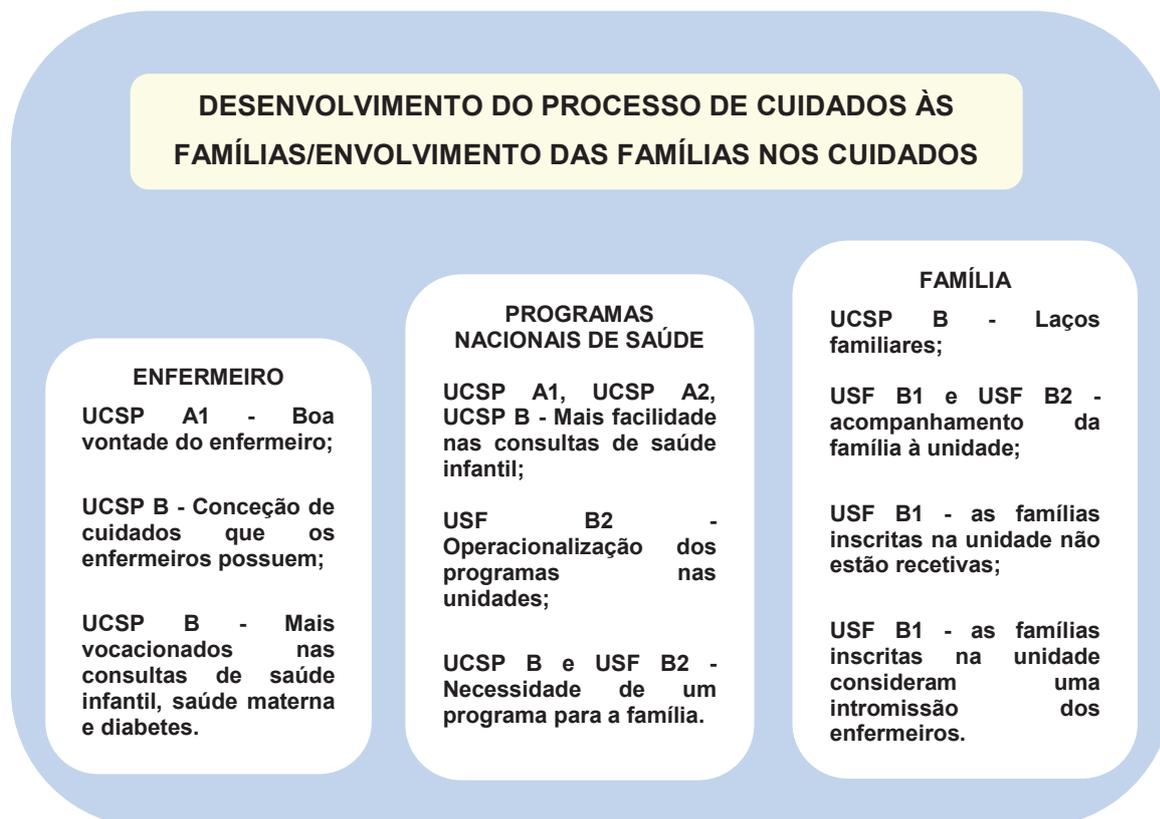
Ainda nas políticas internacionais, sublinha-se a importância da recomendação da conferência de Munique (WHO, 2000) que estabelece programas e cuidados de enfermagem centrados na família, onde o enfermeiro de família é o *pivot* central nas equipas de saúde.

A nível nacional, para além dos Planos Nacionais de Saúde (2004-2010; 2012-2016), onde uma das estratégias para obter mais saúde para todos consiste na abordagem centrada na família e no ciclo de vida, existem orientações da Ordem dos Enfermeiros Portugueses a advogar que (...) *a família tem de ser o novo centro de enfoque dos cuidados de saúde, é em vista da família, e envolvendo-a no processo, que se efetua a mobilização articulada de recursos e é ainda por ela e com ela que se hão-de desenvolver novas competências científicas e relacionais*” (OE, 2002, p. 21).

Neste estudo, os Programas Nacionais de Saúde, a família e os enfermeiros constituíram para os atores importantes fatores que influenciam os cuidados às famílias. Para todos os participantes, o desenvolvimento da enfermagem de família está no envolvimento da família nos cuidados. Contudo, enquanto em alguns contextos

o envolvimento da família depende principalmente dos enfermeiros, para outros, este envolvimento depende dos Programas Nacionais de Saúde e da própria família, como demonstra a figura seguinte.

Figura 9 - Programas Nacionais de Saúde, Família e Enfermeiros no processo de cuidados às famílias



À semelhança dos resultados da primeira fase deste estudo, os testemunhos dos participantes em todas as unidades parecem comprovar que o envolvimento da família nos cuidados é uma preocupação dos enfermeiros. Contudo, o envolvimento das famílias nos cuidados parece representar para estes a necessidade que possuem de parceria em situações de dependência dos seus utentes, revelando-se a família como contexto onde se integram os seus elementos:

“Ah ... nas de saúde infantil é inerente, a família vem com a criança, não é? ... normalmente vêm os pais, os diabéticos, alguns vêm acompanhados, porque são idosos, ou vêm com os filhos, ou vem o casal (...) São poucos ... também acontece, mas é raro ... eu tenho 2 diabéticos, duas senhoras que vêm com os netos. Os netos é que vêm à consulta, uma é neta e outro é um neto que vem, mas os netos são ... vivem todos lá na mesma casa, como a filha trabalha, o neto tem mais disponibilidade e vem.” (E B2 -3)

Nas seguintes narrativas, parece confirmar-se também que o envolvimento da família nos cuidados depende do acompanhamento que esta faz ou não nas consultas:

“(...) mais facilitado, porque vêm os pais, a ... a, a mãe, agora muito, também já os pais, ah ... já temos uma adesão maior, agora a nível da diabetes, aqueles velhinhos que vêm sozinhos, não é? Era importante nós ah ... pronto conversar com os cuidadores, não é? E muitas vezes não conseguimos ah ... não conseguimos isso (...).” (E A2 - 2)

“(...) os diabéticos, alguns vêm acompanhados, porque são idosos, ou vêm com os filhos, ou vem o casal (...) São poucos ... também acontece, mas é raro (...).” (E B2 -3)

Para além destas duas constatações, transversais aos participantes das diferentes unidades, outras emergiram nos discursos que parecem revelar diferentes perspetivas de enfermagem na abordagem com as famílias.

Para os participantes da UCSP A1, o envolvimento da família nos cuidados é influenciado pelas atitudes da própria família e dos Programas Nacionais de Saúde, sendo o Programa de Saúde Infantil o mais facilitador:

“(...) tem a ver depois com a própria família, com a própria rede de apoio (...).” (E A1 - 2)

“(...) enquanto que na saúde infantil é quase impossível não envolver a família, depois no resto, parte um bocadinho de nós, por exemplo na diabetes, eu posso envolver a família, se assim o entender e se tiver condições para tal, ou nos domicílios...dependendo também da rede de apoio, posso tentar, envolver, mais ou menos, acho que há programas que sim, que propiciam, a saúde infantil propicia mais a enfermagem de família, e o resto depende também da nossa vontade e do nosso desempenho” (E A1 - 2)

À semelhança dos participantes desta unidade, os enfermeiros da USF B1 relacionam o envolvimento da família nos cuidados com a própria família e acrescentam que as famílias inscritas nesta unidade não estão recetivas ao envolvimento nos cuidados:

“(...) eu acho que isso é muito mal recebido ... ah, ah ... nós já tentamos uma vez abordar ... ah, para tentarmos começar a fazer e eu acho que isso ... porque as pessoas não estão recetivas a isso(...).” (E B1 - 6)

Advogam que as famílias sentem que é uma intromissão dos enfermeiros quando estes as tentam envolver nos cuidados:

“Sentem que é uma intromissão ainda por cima naquele momento mais sensível, que estão mais ... estão ali numa nova ah ... organização (...) a saúde infantil, no caso, porque vem a mãe, vem o pai, normalmente vem o casal, não é? ... e até os avós vêm muitas vezes e acaba por ... por ter essa (...) aqui na zona (...) não é fácil (...)” (E B1 - 6)

Nos achados do estudo de Figueiredo (2009; p. 227), a família apresentou-se também como um obstáculo à prática da enfermagem de família. Para 72,72% dos enfermeiros da amostra, a família constituiu-se como impedimento para o desenvolvimento da sua prática, tendo-se evidenciado também, entre outras justificações, a “*pouca recetividade*” das famílias.

Relativamente a este facto, somos da opinião da mesma autora quando defende a possibilidade do “*(...) desconhecimento da comunidade em relação ao trabalho dos enfermeiros (...)*” e a “*(...) imagem tradicional dos enfermeiros como apenas competentes em tarefas que são delegadas pelos médicos (...)*”.

Por outro lado, não podemos deixar de refletir sobre o referido estudo em que os resultados se mostraram diferentes após o processo formativo implementado, tendo-se verificado que, apesar dos discursos evidenciarem ainda a indisponibilidade das famílias, apenas um número reduzido de enfermeiros mencionaram a família como obstáculo [*“17,39% (4) dos enfermeiros mencionam a família como obstáculo às práticas de enfermagem de família”*] (p. 327).

Para além destas, a perspetiva dos atores de outras unidades coloca outros fatores em foco, nomeadamente a conceção de cuidados que as equipas possuem sobre o desenvolvimento da prática de enfermagem de família. Na UCSP A1 e na UCSP B, os enfermeiros consideram que o envolvimento das famílias se relaciona com a conceção de cuidados que os enfermeiros possuem:

“(...) eu penso que é assim, estamos muito virados para as valências ... e efetivamente olhando bem, não há um programa dedicado à família ... às relações familiares. Nós cuidamos dos problemas de saúde física, quando há realmente um problema de saúde familiar, não é ... eh ... (...) há um investimento na saúde da família, assim... escrito. Está a entender? (...)” (E B - 1)

Evocando-se também a importância atribuída a alguns programas, nomeadamente ao Programa Nacional da Diabetes e ao Programa Nacional de Saúde Infantil, em

que o envolvimento acontece quando sentem necessidade de colaboração de outros elementos ou estruturas:

“(...) nalguns grupos de risco estamos mais vocacionados para envolver a família, para praticar a enfermagem de família do que noutros ... eh ... eu estou a pensar ... eh ... na área da diabetes, nós temos mais tendência para envolver a família, até porque nos tranquiliza também, não é? ... se nós arranjarmos um cuidador, quem é que tem lá em casa? Quem é que ajuda? Quem é que presta esses cuidados? ... Em relação à criança e ao jovem, eu penso que também tentamos envolver, se calhar noutras áreas, no ... no planeamento, eu ... eu, eu sinceramente eu acho que não, que não envolvo tanto a família e devíamos envolver, cada vez mais ... devíamos envolver o companheiro, os outros filhos, porque não? é uma área que interessa a todos e que, eu acho que nos descoramos, sinceramente, desde sempre (...)” (E B - 2)

Para os enfermeiros da USF B2, o Programa de Saúde Materna e o Programa de Saúde Infantil são os programas de Saúde mais facilitadores do envolvimento da família nos cuidados:

“No programa de saúde materna está mais facilitado, é mais fácil nós envolvermos a família nessa área ... a nível dos idosos é sempre muito mais complicado (...)” (E B2 - 1)

“Está mais facilitada, em termos de saúde infantil, está mais facilitada.” (E B2 - 6)

Relativamente à vigilância em situação de doença, exaltam também o Programa Nacional da Diabetes, advogando que este, à semelhança do de saúde materna está melhor organizado e melhor implementado, e por isso facilitam mais a intervenção:

“(...) Acho que em algumas ... se calhar por serem programas mais antigos estão mais bem organizados e isso facilita ... uma das mais-valias das USF ... bem ... de todas as novas unidades é a organização e os 2 programas que estão melhor organizados são o da diabetes e da saúde infantil, esses dois programas facilitam muito (...) e por estarem também, bem implementos.” (E B2 - 6)

Os participantes da UCSP B e da USF B2 consideram que o facto de não haver nenhum programa de saúde familiar condiciona o processo de cuidados às famílias,

levando à liberdade de intervenção dos enfermeiros, uma vez que não existe orientação específica para a intervenção com as famílias:

“(...)isto porque também não existe nenhum programa é só o que nós queremos fazer com a família, não existe programa nenhum específico para nos orientarmos” (E B2 - 1) “(...) Tal como o programa de saúde infantil existe porque ele está padronizado pela DGS está lá tudo escrito do que é que se deve fazer e do que não se deve e sempre que há alterações nós seguimo-las e para isto ... para a enfermagem de família, se calhar devia ser a mesma coisa. (E B2 - 6)

A existência de um programa de saúde familiar facilitaria a uniformização da linguagem, a valorização dos dados a colher e a registar e ainda serviria de guia para orientação:

“(...) facilitava e melhorava a linguagem que acabava por ser uniforme ... que agora a forma de escrever ... a minha forma de escrever em texto livre, poderá ser diferente e será diferente de, de valorizar determinados aspetos ... a minha perspetiva é diferente, poderá ser diferente de outra colega, não é? ... Se tivéssemos o guia orientávamo-nos, mesmo que até ... poderíamos estar a pensar numa situação, mas depois há o confirmar com o guia, ficava tudo muito mais direcionado” (E B2 - 5)

Nesta unidade há ainda opiniões de que todos os Programas Nacionais de Saúde englobam a família, embora apenas no que respeita às intervenções educativas:

“Sim todos eles enquadram aquela parte também da possibilidade do ensino à família, caso a pessoa não tenha também possibilidades de aprender” (E B2 - 4)

Na opinião de Santos (2012), embora no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) se identifiquem, como orientação estratégica “para obter mais saúde”, abordagens centradas na família e promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida, nos Programas Nacionais de Saúde não há evidência à definição de programas centrados na saúde da família, mas, pelo contrário, em programas centrados na doença.

Da análise global das narrativas discursivas, a família constitui um fator influenciador dos cuidados de enfermagem, podendo esta ser facilitadora ou dificultadora desses cuidados, nomeadamente no que respeita ao seu envolvimento. Neste contexto, a família mostrou-se um fator facilitador dos cuidados quando acompanha os seus

elementos à unidade de saúde e em situações de dependência. Esta constatação parece revelar que a família não é vista como um alvo dos cuidados, sendo para os participantes um recurso para a ajuda dos enfermeiros nas suas práticas.

Este facto e ainda a identificação da família como obstáculo ao desenvolvimento da enfermagem de família pelos participantes das unidades UCSP A1 e USF B1, parecem estar relacionados com a falta de formação formal ou experiencial, uma vez que os participantes destas unidades não possuem experiências anteriores em enfermagem de família.

Por outro lado, as narrativas dos participantes das UCSP B e USF B2 revelam maior proximidade à enfermagem de família. Estas identificam a necessidade de programas dirigidos à saúde da família, ainda que considerem que em todos se evoque a família; sentem a necessidade dum referencial que guie as práticas, nomeadamente para facilitar a uniformização da linguagem, a valorização dos dados a colher e a registar; evidenciam a importância dos programas serem implementados e trabalhados pelas próprias equipas e distinguem que os enfermeiros atribuem maior importância aos cuidados físicos dos utentes do que ao relacionamento dos membros da família.

3.9 - MOTIVAÇÃO DAS EQUIPAS

A motivação das equipas de enfermagem para o desenvolvimento da enfermagem de família constituiu uma das questões colocadas aos participantes deste estudo, tendo-se constatado que alguns atores reportam as suas respostas para o método de organização dos cuidados de enfermagem, nas equipas de saúde familiar, enquanto outros possuem conceções mais abrangentes de enfermagem de família que se relacionam com correntes do pensamento em enfermagem orientadas para a família.

A análise global das motivações dos participantes para o desenvolvimento da enfermagem de família revela na generalidade dos discursos uma indefinição dos conceitos, o que também é espelhado em várias fontes bibliográficas da área da saúde familiar, bem como nas próprias orientações para a reorganização dos cuidados na reforma em curso.

Esta indefinição foi assinalada por Santos (2012, p. 13), alertando para a variedade de designações que têm sido usadas para designar o trabalho dos enfermeiros com as famílias. Para a mesma autora, o método de prestação de cuidados que tem por foco a família “(...) tem feito emergir uma panóplia de termos envolvendo (...). Desde cuidado centrado na família (Cunningham, 1978), cuidado focado na família (Janosik & Miller, 1980), entrevistas com famílias (Wright & Leahey, 1984), promoção

da saúde da família (Bomar, 2004), cuidado de saúde da família (Hanson & Boyd, 1996), enfermagem familiar (Bell, Watson & Wright, 1990, Gilliss et al, 1989; Friedman, 1992), enfermagem do sistema familiar (Wright & Leahey, 1990) e enfermagem de família (Feetham et al, 1993)(...)"

O método de organização dos cuidados por enfermeiro de família constituiu uma das orientações da atual reforma, com maior visibilidade nos discursos dos participantes de todas as unidades em estudo. A figura do enfermeiro de família assumiu especial relevância nos documentos orientadores para a reorganização dos cuidados, nomeadamente nas Linhas de Ação Prioritárias para o Desenvolvimento dos CSP (MCSP, 2006_a, p. 15), onde evidencia a enfermagem de família, como: “(...) *área prática e disciplina emergente que terá um impulso decisivo com a nova organização dos CSP*”, estabelecendo como uma das medidas a desenvolver, a instituição do perfil profissional do enfermeiro de família, para aprofundar o modelo de trabalho em equipa no âmbito das equipas de saúde familiar.

Contudo, e apesar dos participantes de todas as unidades deste estudo terem considerado esta metodologia um dos pontos positivos da atual reforma dos CSP, a motivação das equipas não parece ser igual em todos os contextos.

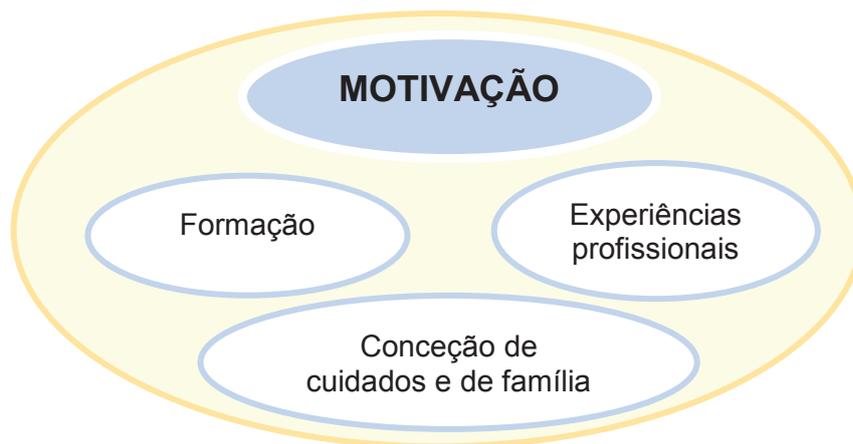
A motivação tem sido largamente estudada sob o ponto de vista da psicologia e assume um dos maiores interesses de estudo no âmbito do diagnóstico organizacional. Na perspetiva de Ferreira e Martinez (2008), a motivação está associada a dimensões organizacionais importantes e assegura a estabilidade e produtividade dos contextos empresariais.

Na análise da motivação dos participantes, nas diversas unidades onde trabalham, destacaram-se algumas perceções em torno das necessidades, interesses e modelações do próprio percurso de aculturação profissional que se assemelham à aceção de Rodrigues (1998) em relação ao conceito de motivação, definindo-a como uma necessidade (finalidade ou incentivo) e por uma intensidade (ou impulso). Implica a existência de uma necessidade, vontade ou interesse, sendo por isso de carácter individual e intencional. Acrescenta ainda o mesmo autor que nos comportamentos motivados se podem distinguir dois tipos: “(...) *um cujo impulso não resulta do estabelecimento de necessidade, mas sim de dependências psíquicas apreendidas por condicionamento ao longo da vida (destinando-se a satisfazer hábitos) (...); outro mediado por necessidades e posto em marcha por impulsos inatos e comuns aos indivíduos da mesma espécie (...)*” (Rodrigues, 1998, p.120)

Neste sentido, compreender a motivação dos atores implica identificar fatores pessoais que a desencadeiam, visto que “(...) *o nosso comportamento motivado depende não apenas da nossa biologia, mas também daquilo que apreendemos acerca do ambiente em que atuamos*” (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2011, p. 153).

No que respeita à motivação das equipas de enfermagem para o método de organização de cuidados por enfermeiro de família emergiram diferentes opiniões entre os atores. Contudo, existem alguns fatores que se revelaram estruturantes na motivação dos enfermeiros para o desenvolvimento da enfermagem de família que se apresentam na figura 10.

Figura 10 - Fatores influenciadores da motivação dos enfermeiros para o desenvolvimento da enfermagem de família



A formação, enquanto fator estruturante, é demonstrada na narrativa seguinte por uma das participantes da UCSP A1 em entrevista informal:

“Não concordo com essa metodologia, porque acho que eu não tenho que saber tudo. Não tenho que saber materna, infantil, tratamentos ... pronto, não tenho! E por isso também não acredito que seja uma mais-valia para os utentes” (NC A1 - 1)

As experiências profissionais parecem revelar-se, também, neste contexto do ACES A, um fator importante na motivação para a organização dos cuidados por enfermeiro de família:

“(...) Ah ... é assim, tem vantagens, eu penso que tem sempre vantagens, tem vantagens porque, eh ... e sobretudo se a enfermeira tivesse as suas famílias, porque conhecia-as, acompanhava-as, se calhar não deixava passar tantas situações, penso eu, mas não tenho essa experiência. Por um lado, mas por outro, também, não sei se isso é assim, tão ... tão certo, porque aí está a tal experiência das extensões de saúde, eu não vejo que aí, tivesse, que haja melhorias, eh ... em termos do conhecimento das famílias, em termos do acompanhamento, em termos das respostas (...).” (E IC - A -1)

Em relação à motivação, outra alegação surgiu também nos discursos:

“(...) nos tempos de crise que nós temos agora, eu até acho que o modelo antigo, o modelo antigo que nós trabalhámos (...) seria até mais razoável (...) se estivesse um enfermeiro, 2 enfermeiros só de saúde infantil. para as 2 unidades, um enfermeiro de planeamento, para as 2 unidades, pouparíamos um bocadinho provavelmente, eu não sei onde vamos chegar, não sei se vai ter viabilidade a formação das unidades por muito mais tempo (...). Sem dúvida nenhuma, eu estou a ver cada vez mais a hipótese do enfermeiro de família mais distante.” (E A1 - 1)

Na UCSP A1, a generalidade das narrativas parece revelar alguma desmotivação da equipa de enfermagem para o método de trabalho por enfermeiro de família alegando-se, para além das justificações já apresentadas, a *“(...) necessidade de mudança dos enfermeiros(...)”* (E A1 - 2) (E A1 - 3), a *satisfação da equipa com a atual metodologia* (E A1 - 1), uma vez que *“(...) gostam de trabalhar em conjunto (...)”* (E A1 - 2) e a opinião de que *“(...) as atividades devem ser divididas por todos os elementos de enfermagem se estes estiverem disponíveis.”* (E A1 - 1)

Por outro lado, a *“(...) falta de acordo da equipa médica para o método de enfermeiro de família (...)”* (E A1 - 2), a necessidade de possuir conhecimentos nas diferentes áreas (E A1 - 1) e a *“(...) restrição de horário que causava aos utentes (...)”* (E A1 - 3), constituíram outras justificações para a discordância do método de trabalho por enfermeiro de família.

Atendendo às considerações apontadas pelos diversos autores, a desmotivação parece estar também associada ao percurso profissional destes enfermeiros, uma vez que nenhum dos elementos desta equipa de enfermagem tinha tido experiência prévia com o método de trabalho por enfermeiro de família.

As experiências anteriores parecem também ter influenciado a motivação dos participantes da UCSP A2. Nesta unidade, a maioria dos enfermeiros já trabalhou em equipas de saúde familiar constatando-se nas suas narrativas a motivação para o método de organização dos cuidados por enfermeiro de família:

“(...) nós conhecemos desde o avô ao neto, conseguimos abranger a parte de saúde materna, fazemos visitas domiciliárias, conseguimos apanhar a família toda na vacinação, conseguimos envolver, ah, é muito fácil, é muito fácil (...) a nível duma extensão, aqui na sede e não trabalhando como enfermeiro de família, nós não conseguimos sequer identificar as famílias, é muito difícil para nós (...)” (E A2 - 1)

As percepções que apresentam nos seus discursos distanciam-se das dos participantes da UCSP A1, salientando-se vantagens na utilização do método, uma vez que “(...) permite *conhecer melhor a família e envolvê-la mais facilmente nos cuidados (...)*” (E A2 - 1), (E A2 -2), “(...) *ser reconhecido (...)*” (E A2 - 1), (E A2 - 2), (E A2 - 3) e “(...) *estabelecer uma relação de confiança*” (E A2 - 2), (E A2 - 3).

Nesta equipa, destacou-se ainda uma narrativa que considera que a motivação para trabalhar segundo o método de enfermeiro de família está relacionada com o conceito que cada enfermeiro possui sobre família:

“(...) depende muito do conceito que o enfermeiro tem de família, mesmo da organização da própria família, porque depois se calhar faz transparecer isso... se calhar a nossa família, a proteção, o interesse, pronto eu acho que tem muito a ver com isso, tem tudo a ver com isso, eu acho que nós aqui transportamos um bocado o que é a nossa família para um tipo de família diferente, mas também são as nossas famílias, são as nossas ... (...)” (E A2 - 1).

Percepções semelhantes são apresentadas pelos participantes da UCSP B, onde a motivação para o desenvolvimento da enfermagem de família foi identificada nos discursos de todos os enfermeiros. Consideram que esta motivação se pode dever ao facto dos enfermeiros da equipa “(...) *não terem experiências anteriores de trabalho à tarefa (...)*” (E B - 2).

Ainda em relação ao método de organização dos cuidados por enfermeiro de família, evidenciou-se a importância que atribuem ao facto de poderem conhecer a família, pela metodologia que utilizam, constituir uma mais-valia para os utentes e para as famílias, bem como para os enfermeiros:

“(...) eu a mim, neste momento, preocupa-me quando eu não conheço uma família ... eu não tenho a mesma atitude com uma família nova, que tenho com uma família que eu já conheço há ... há um tempo, não é? (...) quer dizer se eu todos os dias tivesse que conhecer uma família nova, com certeza que isso não trazia benefícios para o utente, nem para a família (...)” (E B - 2)

Estes participantes justificam a vantagem que tem este método na qualidade dos cuidados, pela relação de confiança que se estabelece com a família que consequentemente facilita a adesão ao regime terapêutico:

“Uma mais-valia é a relação de confiança que se estabelece ... porque ... e eu não tenho dúvidas que, se eu disser uma coisa ou indicar um tratamento ... ou,

ou dar um conselho no âmbito da consulta de enfermagem ... tenho a certeza que acata melhor, se for eu, do que se for outra colega qualquer. Precisamente pela confiança que estabeleceu comigo, (...) como enfermeira de família (...) sente-se apoiado por saber que vai recorrer àquela enfermeira que ... que confia nela, que ela lhe presta os melhores cuidados (...) (E B - 2)

Para estes enfermeiros, a utilização do método de trabalho por enfermeiro de família facilita também a “(...) *continuidade dos cuidados (...)*” (E B - 3) e a “(...) *identificação de necessidades (...)*” (E B - 4) das famílias. Acrescentam ainda, que o método permite que os utentes os reconheçam, embora “(...) *nem todos com a designação de enfermeiro de família (...)*” (E B - 2) (E B - 4).

À semelhança dos participantes da UCSP A2, emergiu também uma narrativa onde se identifica que “(...) *as conceções que cada enfermeiro possui sobre a sua própria família é que os influencia (...)*” na adesão ou não ao método de organização dos cuidados (E B - 2).

Para além da perspetiva de enfermagem de família como método de organização dos cuidados, os participantes da UCSP B apresentam narrativas onde se evidenciam conceções mais abrangentes. Para estes, o desenvolvimento da enfermagem de família passa por uma mudança na forma de pensamento em enfermagem:

“(...) nós passamos uma vida inteira a tratar (...) quer dizer, antigamente, no modelo biomédico era o pé, a perna, a cabeça, eh ... depois com a visão mais holística, tentamos alargar para o todo da pessoa, agora temos realmente de alargar para o todo da família (...) eu penso que a enfermagem de família ... essa será realmente o futuro. É deixar de olhar para um elemento para passar a olhar a família como um todo.” (E B - 1)

Defendem que a mudança deve iniciar-se pelo próprio enfermeiro:

“Mudar, porque ... a começar pelos próprios enfermeiros, não é? ... que têm que começar a valorizar isso e a pôr em prática precisamente isso, (...) por exemplo, tratar um doente é olhar para o doente, mas olhar para a família onde ele está inserido, que às vezes isso é a parte mais importante.” (E B - 4).

Os participantes desta unidade concebem os objetivos da prática de enfermagem de família como:

“(...) conhecer a família, lidar com a família, envolver a família (...) na parte preventiva, na parte curativa, na parte de reabilitação (...)” (E B - 5)

Consideram, ainda, que:

“(...) a prática do enfermeiro de família, somos nós que a fazemos, não é? ... com as nossas conceções, com as nossas ideias, com o nosso percurso e depois com a nossa atividade na prática, (...) trabalhar com famílias e não com pessoas, ou ... ou com técnicas, ou com práticas, (...) eu acho que isso é fundamental e isso tem de estar na nossa cabeça que independentemente das reorganizações, se nós queremos e achamos importante a enfermagem de família (...)” (E B - 2)

Alguns participantes desta unidade advogam que a desmotivação para o método de trabalho por enfermeiro de família, que alguns enfermeiros possam ter, em outros contextos, pode estar relacionada com perceções de *“(...) mais trabalho e por isso justificam a falta de tempo (...)” (E B - 3).*

Na equipa de enfermagem da USF B1, à semelhança da equipa da UCSP A1, a enfermagem de família é associada apenas ao método de trabalho apresentando-se para este, motivações distintas entre os enfermeiros. *“(...) há aqui uma divisão, há pessoas que realmente queriam o outro modelo, trabalhar mesmo como enfermeiro de família e há pessoas ... que, que não se querem aventurar um bocadinho (...)” (E B1 - 6), para estes,“(...)os novos (...) já tinham obrigado a implementar... essa forma de trabalhar, porque somos alguns que gostaríamos de trabalhar assim (...) somos ... penso que 3 estarão mais motivados ... talvez 2 assim, ... assim e um menos motivado, (...). Da minha parte ficaria muito contente, dizia agora é que vai ser! “ (E B1 - 3)*

Para estes enfermeiros, a desmotivação dos colegas da equipa está relacionada com o facto do método de trabalho por enfermeiro de família trazer limitações, nomeadamente pela *“(...) flexibilidade do horário(...)”* que permite o método que utilizam (E B1 - 2), a *“(...) inadequação da estrutura física a (...)”* para os enfermeiros realizarem as consultas de enfermagem (E B1 - 3) (E B1 - 4) e o facto de existir *“(...) um elemento da equipa com a especialidade em saúde infantil (...)”* que constitui *“(...) um privilégio da equipa (...)” (E B1 - 2).*

Noutros discursos, são identificados ainda como fatores desmotivadores para a adoção do método a baixa remuneração [*“(...)isso desmotiva-me bastante, a nossa remuneração eu acho que é uma vergonha (...)”(E B1 - 4), “(...) quer dizer eu trabalho*

há este tempo e estou a receber a mesma coisa que um colega que se licenciou agora que saia para o mercado de trabalho (...) e acaba por, ao longo dos anos se acumular, (...)isso tem sempre consequências (...) (E B1 - 6)], a falta de progressão e a instabilidade na carreira [*Nós temos um contrato a termo certo de, eh ... de 1 ano, nós já não temos esse contrato, porque esse contrato já terminou em 2010, não 2011, (...) nós continuamos aqui, porque vai havendo prorrogações, nós não assinamos rigorosamente nada.*] (E B1 - 6)].

Os fatores acima enunciados parecem relacionar-se com a perceção de que a mudança de método implicará mais trabalho, como foi identificado por outro participante (E B - 3). Esta constatação foi encontrada também por Santos (2012; p. 113), onde os discursos dos participantes evidenciam que as exigências se sobrepõem às regalias dos enfermeiros, levando a que estes se *“sintam subvalorizados no contributo que dão para a saúde dos cidadãos”*.

Nas narrativas dos enfermeiros da USF B1 encontram-se ainda enumeradas as desvantagens que a mudança no método pode trazer: *“(...) dificuldade de adaptação dos utentes a uma nova realidade (...)*” (E B1 - 4), *“(...) diminuição da acessibilidade dos utentes aos cuidados dos enfermeiros (...)*” (E B1 - 6), *“(...) se fizermos sempre a mesma coisa às mesmas pessoas, vamos comprometer a acessibilidade, porque eu não vou estar aqui das 8 às 8 da noite ...”* (E B1 - 1) e dificuldade que os utentes possam ter *“(...) se não gostarem do enfermeiro que lhes foi atribuído (...)*” (E B1 - 4).

Se estas últimas justificações evidenciam benefícios para as famílias, as demais razões da desmotivação dos enfermeiros são justificadas maioritariamente pelos benefícios para as próprias equipas de enfermagem, o que na perspetiva de Santos (2012) poderá enfraquecer o principal foco de atenção da enfermagem de família, que é a própria família como unidade de cuidados, e perturbar assim a sua visibilidade.

Os enfermeiros mais jovens, e que referem sentirem-se motivados para a metodologia de trabalho em equipa de saúde familiar, percebem o método de trabalho por enfermeiro de família como *uma mais-valia*, uma vez que possibilita a *“(...) personalização e a continuidade dos cuidados(...)*” (E B1 - 2), *“(...) conhecer toda a família o que leva a uma maior qualidade nos cuidados às famílias (...)*” (E B1 - 2) e a uma *“(...) maior facilidade de intervenção (...)*”, bem como a uma *“(...) melhor relação (...)*” (E B1 - 3) e *“(...) maior reconhecimento do enfermeiro(...)*” (E B1 - 2).

Admite-se que a diferença na motivação dos enfermeiros desta equipa (os enfermeiros mais jovens motivados e os mais velhos desmotivados) pode estar relacionada com a possibilidade dos mais jovens terem tido, aquando da realização da licenciatura em enfermagem, planos de estudos onde os conteúdos já possuíssem orientação para a enfermagem de família (com a inclusão recente nos *currícula* escolares). Por outro

lado, acredita-se que a inclusão nos *currícula* de modelos conceituais para orientação das práticas de enfermagem traz aos enfermeiros uma visão mais holística que lhes permite um maior afastamento do modelo biomédico, ao contrário dos enfermeiros com maior tempo de exercício profissional que não tiveram esta oportunidade. Ainda em causa pode estar a maior capacidade de mudança dos enfermeiros mais jovens, resultado também dos modelos pedagógicos mais construtivistas introduzidos nas reformas do ensino de enfermagem.

À semelhança dos participantes da UCSP B, os da USF B2 referem sentirem-se motivados para o método de trabalho por enfermeiro de família, tendo sido este um dos requisitos para formarem a equipa:

“(...) aliás foi um dos ... uma das condições que a equipa, quando nos unimos, nos juntámos, na construção dos documentos, do plano de ação e tudo mais era uma das condições, que todas queríamos era trabalhar com este método” (E B2 - 2)

Para estes enfermeiros, o método de organização dos cuidados por enfermeiro de família permite maior facilidade na organização dos cuidados, possibilitando desta forma maior disponibilidade para as famílias:

“É um trabalho muito mais organizado, facilitador de desenvolver competências e atividades muito direcionado, mesmo ... que antes era impossível. O enfermeiro não tinha tempo para estar tão focado em famílias e em determinadas famílias, aquelas famílias que naquele momento mais precisavam. Agora é muito mais fácil. (...) eu gosto deste método de trabalho, sinto-me bem!” (E B2 - 5)

Consideram, também, que o método permite a *“(...) continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital das famílias (...)” (E B2 - 6)* e a *“(...) interação com a família facilitar os cuidados (...)” (E B2 - 6)*.

À semelhança dos participantes das unidades UCSP A2 e UCSP B, os participantes da USF B2, atribuem importância à relação de confiança que estabelecem com a família e relacionam-na com a maior facilidade no desenvolvimento do processo de cuidados. Resultado também encontrado no estudo de Oliveira e Marcon (2007) que aponta benefícios decorrentes do trabalho com famílias, no âmbito das relações que estabelecem com elas, nomeadamente, a maior facilidade de acesso e de aceitação das orientações realizadas, tendo a intimidade, a confiança e o vínculo estabelecidos com as famílias, favorecido não só a qualidade da assistência, como também a maior gratificação pessoal e profissional dos enfermeiros.

Na opinião destes participantes, a motivação está relacionada com a mentalidade e predisposição dos profissionais:

“(...)depende da nossa mentalidade,... se nós queremos, se nos predispomos para isso, ou não, porque se nós não estivermos dispostos continuávamos a... e também se não houver a colaboração de todos, a equipa em si, não conseguimos fazer nada.” (E B2 - 1)

Na perspetiva de Santos (2012), as representações que os enfermeiros têm da enfermagem de família permitem não só a definição da imagem profissional, como também um guia para o processo de cuidados, o que corrobora estes resultados, uma vez que os participantes destas unidades que revelam ter uma representação de enfermagem de família mais aproximada dos referenciais teóricos são os que utilizam o método do enfermeiro de família e que possuem experiências anteriores também com este método.

A análise das narrativas sugere que a motivação dos enfermeiros para a utilização do método de enfermeiro de família, como organizador dos cuidados, se relaciona com a existência ou não de experiências anteriores com este método. Nos contextos onde os participantes possuem experiências anteriores com o método (UCSPA2, UCSP B e USF B2), as equipas referem sentir-se motivadas, enquanto que nos contextos onde os participantes não tiveram essa experiência, apenas alguns enfermeiros se sentem motivados.

Por outro lado, as diferentes perceções que emergiram nas narrativas dos participantes parecem relacionar-se também com a formação que possuem, nomeadamente a possibilidade dos enfermeiros mais jovens apresentarem perceções de maior motivação e a existência de enfermeiros especialistas na área de saúde comunitária, nas unidades UCSP B e USF B2.

Nestas duas unidades, as perceções apresentadas pelos participantes exaltam o método de organização dos cuidados por enfermeiro de família e revelam perceções mais próximas dos referenciais teóricos da área da enfermagem de família do que os participantes das restantes unidades. Para estes, (participantes da UCSP B e da USF B2), a metodologia de organização de cuidados por enfermeiro de família é uma mais-valia, não só para os enfermeiros, como também para os utentes e famílias, o que salienta a importância que os enfermeiros atribuem aos resultados dos cuidados de enfermagem, quando acompanham as famílias ao longo do ciclo vital.

Perante esta mudança (a realização proposta na atual reforma) introduzida a nível político e social, parece emergir a necessidade de uma mudança na formação inscrita num quadro de *“mudança na mudança”* em que a reflexão individual nos diferentes

contextos dos cuidados seja acompanhada de forma a que os atores possam repensar e reconstruir os cuidados numa lógica participativa e distante da visão tecnicista da mudança imposta (Costa, 2006_b, p. 43).

4 - INTERVENÇÕES EM CUIDADOS ÀS FAMÍLIAS

A evolução dos cuidados de enfermagem às famílias tem sido influenciada por vários fatores, apresentados na contextualização teórica deste estudo, resultantes de acontecimentos históricos, sociais e profissionais. A teoria, a prática, o ensino e a investigação, resultantes das várias ciências, bem como as políticas internacionais e nacionais, são disso exemplo (Hanson, 2005).

Neste ponto da tese, procura-se descrever as intervenções em cuidados às famílias que os atores deste estudo percebem realizar nas suas práticas clínicas.

Na perspetiva de Wernet e Ângelo (2003, p. 21), a construção das intervenções dos enfermeiros no processo de cuidados às famílias pode ser analisada de diferentes formas:

“(...) - O enfermeiro age em relação à família com base no significado que família e cuidar têm para ele;

- O significado que o enfermeiro atribui à família é construído na interação dele com a família nos diversos contextos;

- Os significados de família e cuidar são alterados e revisados nos contínuos processos interativos providos pelas situações de estar com a família nos diversos contextos de ação do enfermeiro;

- O cuidar da família é expresso pelas ações manifestadas após processos de significação”.

A análise das narrativas discursivas revelou que os participantes do ACES A (UCSPA1 e UCSPA2) identificam as intervenções em cuidados às famílias, com o envolvimento que lhes fazem quando estas acompanham os seus elementos nas consultas (com maior evidência em saúde infantil e diabetes) e na adesão à vacinação ou rastreios (nestas tentam chamar a família através de um dos seus elementos). Para estes participantes, o envolvimento da família parece estar relacionado com situações de dependência, quer seja do ponto de vista do desenvolvimento (nas consultas de saúde infantil) quer seja do ponto de vista da incapacidade ou inadaptação (nas consultas de vigilância da diabetes).

Também nas narrativas de uma das informantes-chave deste contexto, ACES A, é realçada a evidência ao envolvimento da família quando esta acompanha os seus elementos às consultas, acrescentando que na sua opinião estas intervenções são centradas nas intervenções curativas:

“(...)Ah ... penso que ... ah estão muito voltadas para o curativo, continuam muito voltadas para o curativo ... eh, em termos da, da ... da vigilância, sim, mas estão à espera que as pessoas venham, não é? ... e eu acho que também deviam ir ... já começam a estar alertadas para esse aspeto, mas eu penso que deveria ser mais (...).” (E IC - A - 1)

A narrativa expressa parece revelar que, embora estes participantes atribuam importância às famílias nos cuidados (como se verificou na caracterização das atitudes destes enfermeiros), a integração nos cuidados é efetuada como contexto onde cada individuo se integra. O foco é cada um dos membros da família e esta assume-se como um recurso e fator contextual, o que para Friedmann (1998), se integra no nível 1, ou seja, a família como contexto e o indivíduo como cliente.

Narrativas semelhantes às dos participantes das UCSP A1 e UCSP A2 foram encontradas nos participantes da USF B1, onde os discursos se baseiam na descrição das intervenções às famílias pelo envolvimento nas consultas de saúde infantil, saúde materna, diabetes e hipertensão, bem como em situações de vacinação.

Da mesma forma, nesta unidade os participantes retratam no seu discurso que a presença da família nas consultas é um fator determinante para que os enfermeiros a envolvam nos cuidados:

“(...) numa consulta de saúde infantil, temos a mãe e o bebé e o pai muitas vezes e os avós ... depende da realidade, mas quando estamos a focar o bebé, estamos a focar também a mãe, os pais, naquele caso, certo? (...) numa consulta de diabetes, as pessoas normalmente vêm sozinhas ou com o marido, na melhor das hipóteses, normalmente numa consulta de diabetes ... vamos imaginar uma pessoa jovem, não traz o filho para a consulta de diabetes(...)” (E B1 - 2)

“Na vacinação por exemplo ... estamos sempre a ver se os nossos utentes vêm ... se não vêm, quando não vêm convocamos para eles virem, tentamos perceber porque é que não vêm, estão doentes, não estão ... há um acompanhamento mais efetivo.” (E B1 - 3)

O envolvimento da família nos cuidados de saúde constitui um compromisso e uma obrigação ética e moral dos enfermeiros (Wright & Leahey, 2009), sendo por isso um requisito para a qualidade dos cuidados. Contudo, para que o envolvimento da família seja efetivo, a família deve ser vista como cliente e alvo dos cuidados, constituindo desta forma a base do Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto.

À luz da perspetiva de Wernet e Ângelo (2003, p. 21), depreende-se que os participantes das unidades UCSP A1, UCSP A2 e USF B1 constroem as suas intervenções às famílias, com base no significado que possuem de cuidar, sendo este construído na interação com a família e expresso pelas ações manifestadas. Neste sentido, pode inferir-se que os cuidados às famílias estão centrados em cada um e em todos os diferentes elementos da família.

A semelhança apresentada na análise das intervenções às famílias nestas unidades, levou ao cruzamento de outras fontes, onde se identificou que nas unidades UCSP A1 e UCSP A2 os documentos orientadores consistem num Plano de Desenvolvimento, onde se evidenciam intervenções de enfermagem sem especificidade para as famílias e no qual se denominam “*atitudes terapêuticas de enfermagem*” e “*atos de enfermagem*”. No ACES A não existe regulamento interno. Em relação à USF B1, apesar de existir regulamento interno, não há referência ao enfermeiro de família, nem orientações relativas às intervenções em cuidados às famílias, o que possibilita aos diferentes grupos profissionais corporizarem a sua intervenção (d’Espiney 2010).

De comum ainda nestas três unidades há o facto de trabalharem em função das atividades que têm distribuídas e não segundo o método de organização de cuidados por enfermeiro de família.

Narrativas diferentes foram desveladas nos participantes das UCSP B e USF B2, onde as intervenções em cuidados às famílias emergiram centradas não só na importância de envolver a família nos cuidados, nem só no âmbito curativo, mas também na importância de conhecer a família, no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação:

“Em enfermagem de família ... então eu penso que ... ah ... quer dizer eu, eu dá-me a sensação que ... eh ... eu tento trabalhar como enfermeira de família, e eu não, quer dizer ... ah ... pronto, o meu objetivo é conhecer a família, lidar com a família, envolver a família ... portanto, na parte preventiva, na parte curativa, na parte de reabilitação, quer dizer eu já tenho essa, essa perspetiva das coisas, não é, eu tento aplicar (...)” (E B - 5)

Esta narrativa apresenta descrições mais próximas daquelas que constituem o âmbito de intervenção do enfermeiro de família prevista no Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto, ainda que a sua publicação viesse a acontecer muito após a realização da colheita de dados:

“(...) cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, nos termos legais aplicáveis (...)” (p. 4070)

Para alguns destes enfermeiros, o facto de não conhecerem as famílias é uma preocupação para a qualidade dos cuidados:

“(...) a mim, neste momento, preocupa-me quando eu não conheço uma família (...) com certeza que isso não trazia benefícios para o utente, nem para a família (...)”(E B - 2)

Acrescentam ainda que em todas as intervenções que realizam “pensam em família”:

“A família, eu penso em família, é claro que eu tenho uma mãe que tenho que ter uma atenção especial com ela ... mas eu penso em família, eu penso no irmão de 4 anos, se está a reagir bem, penso no pai se está a colaborar, se a mãe tem necessidade que o pai colabore mais, penso nos avós e penso em toda a gente ... eu penso em família.” (E B2 - 6)

Esta perspetiva parece revelar um pensamento sistémico ou a “*capacidade de pensar interacional*” que se distingue dos cuidados individuais baseados em conceitos de saúde e doença, impeditivos duma abordagem centrada na família (Wright & Leahey, 2009, p.3).

A visão sistémica que emergiu na narrativa anterior é evidenciada novamente na narrativa seguinte, ainda que, com alguma falta de precisão entre sistema e subsistema:

“(...) temos é que realmente olhar para a pessoa como sistema família e a família como um organismo que precisa ... um subsistema ... um subsistema que precisa de cuidado. Há muita tendência, apesar dos cuidados que a gente personaliza, às vezes trata-se do elemento, não se cuida do todo ... ignoramos o

subsistema familiar, o subsistema filial, há necessidade de olharmos a interação desses subsistemas e de olharmos para o todo.” (E B - 1)

A mesma participante reforça a concepção sistêmica e acrescenta ainda a importância do enfermeiro de família nos processos de transição que as famílias vivenciam:

“(...) temos que atender às expectativas da família, aos sonhos da família, e sobretudo quando eles são destruídos por alguma coisa, alguma circunstância, algum acontecimento de vida, eu acho que nós temos que ser um ... ah ... um elemento presente de esperança que ... que possa ajudar esta família realmente a encontrar o seu caminho outra vez, nalgum dos acontecimentos de vida que às vezes acontecem, acho que é mesmo (...) eu penso que a enfermagem de família, esse será realmente o futuro. É deixar de olhar esse elemento para a família como um todo.” (E B - 1)

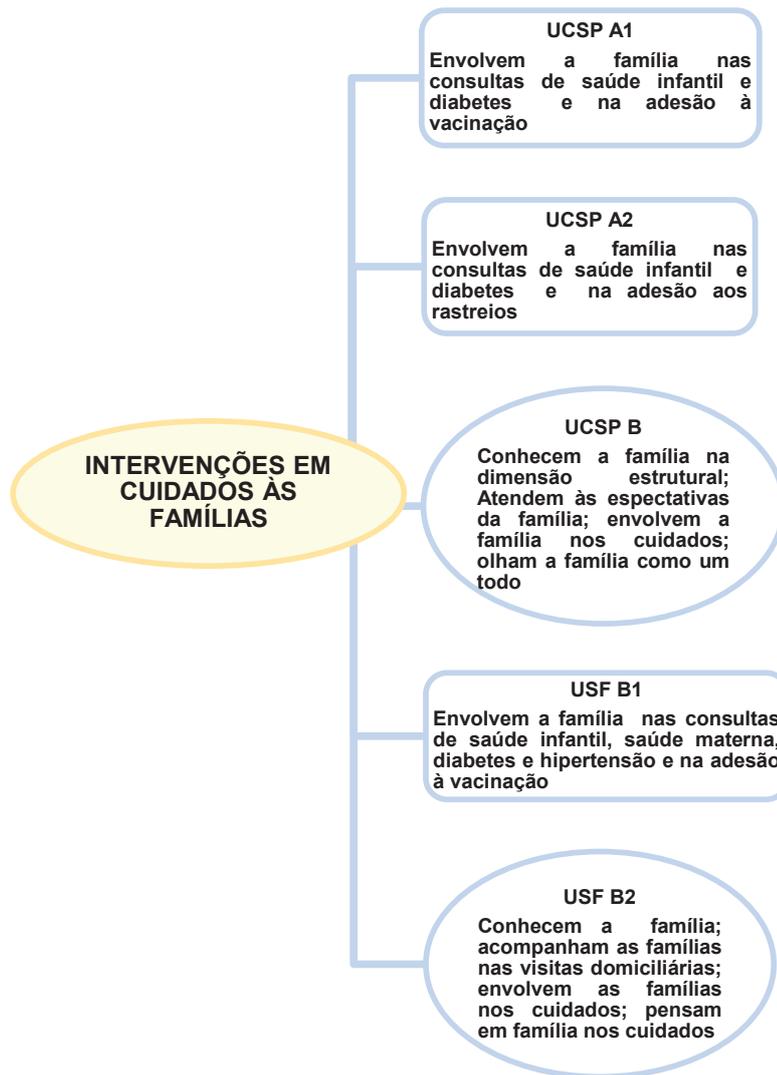
A descrição apresentada anteriormente parece também revelar uma concepção de enfermagem de família compatível como uma filosofia e um modo de interação com os clientes, que diz respeito não só à forma como os enfermeiros recolhem informação, como também ao modo como intervêm, advogam e abordam o cuidado espiritual com as famílias (Hanson, 2005).

À semelhança da análise comparativa efetuada anteriormente, em relação às unidades UCSP A1, UCSP A2 e USF B, nestas duas unidades (UCSP B e USF B2) existe regulamento interno, onde há referência ao conceito de enfermeiro de família e às áreas de intervenção. Para além disso, a metodologia de organização de cuidados utilizada em ambas as unidades realiza-se por enfermeiro de família, o que pode justificar a existência de narrativas mais abrangentes, no que diz respeito às intervenções em cuidados às famílias, uma vez que os enfermeiros têm oportunidade de acompanhar as famílias ao longo do ciclo vital.

Contudo, e apesar de se evidenciar pelos discursos dos participantes e pelos documentos orientadores das unidades, a família como sistema interativo não é possível identificar a intervenção destes enfermeiros nas dinâmicas internas da família e nas suas relações, constituindo estas características as preconizadas por Friedmann (1998) como nível IV - família como cliente.

Na figura seguinte encontram-se esquematizadas as intervenções de enfermagem que os participantes percebem realizar às famílias.

Figura 11 - Intervenções em cuidados às famílias



Da análise interpretativa das intervenções que os participantes percecionam realizar às famílias, parece afigurar-se a existência de dois paradigmas, ainda que, sem fronteiras claramente definidas. Enquanto nos discursos dos participantes das unidades UCSP A1, UCSP A2 e USF B1 as intervenções que descrevem estão focalizadas no envolvimento da família nos cuidados, quando acompanham familiares às unidades, nos discursos dos participantes das unidades UCSP B e UFS B2, para além da preocupação em envolver a família nos cuidados, demonstram também a importância da visão sistémica que necessitam para as suas intervenções.

Neste sentido, os participantes das unidades UCSP B e USF B2 parecem revelar uma conceção de cuidados identificadora de um maior desenvolvimento profissional e disciplinar, considerando a perspetiva de Ângelo e Bousso (2001) de que o foco da avaliação e da intervenção está tanto na saúde individual, como na saúde da

família como um todo, o que implica que os enfermeiros tenham que conhecer as famílias e utilizar esse conhecimento para junto delas pensarem e implementarem as melhores intervenções.

Estes enfermeiros (UCSP B e USF B2) evidenciam também uma maior aproximação aos modelos de avaliação e intervenção familiar, o que pode estar relacionado com o método de organização de cuidados que utilizam (método de enfermeiro de família) e com a existência de documentos orientadores, nas unidades funcionais onde trabalham, com indicações sobre o conceito de enfermeiro de família e sobre as suas intervenções, possibilitando à equipa de enfermagem uma maior orientação das suas práticas.

De referir ainda que nas unidades UCSP B e USF B2, antes da sua formalização, constituíam um CS onde existiam já equipas de saúde familiar, organizadas por módulos, o que na perspetiva de d’Espiney (2010) vem reforçar a afirmação desta nova atividade e abrir caminho ao desenvolvimento de uma disponibilidade dos enfermeiros para responderem às solicitações dos utentes e para, em conjunto com estes, irem construindo um espaço de atuação.

Atendendo à diferença que parece existir na conceção dos cuidados entre os participantes dos diferentes contextos em estudo, e apesar de existirem indicadores de maior desenvolvimento nas UCSP B e USF B2, não identificamos contudo uma fronteira teórica que nos remeta claramente para dois extremos, se analisarmos os contextos à luz duma orientação mais biomédica ou mais de enfermagem. Nas narrativas discursivas dos participantes das unidades UCSP A1, UCSP A2 e USF B1, não se identificou uma preocupação exclusiva no cumprimento de tarefas, à semelhança dos resultados encontrados por d’Espiney (2010), em que, nas unidades por si estudadas, onde a metodologia de trabalho não era pelo método de enfermeiro de família, a organização do trabalho dos enfermeiros não se mostrava também exclusivamente à tarefa, tendo-se demonstrado nos discursos dos participantes uma perspetiva da ação em que, para além da realização de procedimentos, se encontra uma preocupação com os ganhos em saúde, nomeadamente na vacinação e nos rastreios.

Comparando a semelhança encontrada nas UCSP B e USF B2 bem como nas UCSP A1, UCSP A2 e USFB1, com os resultados da primeira fase do estudo (em que os enfermeiros que trabalhavam em UCSP apresentavam atitudes de menor suporte face à família), não se revelaram os mesmos resultados, o que sugere que não seja o tipo de unidade funcional que influencia a prática de enfermagem de família, mas sim o modelo de organização de cuidados e a existência de orientação específica para as competências profissionais descritas nos documentos orientadores das unidades.

Não podemos contudo deixar de referir que, aquando da colheita de dados, não existia claramente definida a metodologia de ação para o enfermeiro de família, existindo apenas uma metodologia proposta para o enfermeiro especialista em saúde familiar, sem que ainda exista essa especialidade no contexto português.

Contudo, posteriormente foi publicado o Decreto-Lei n.º 118/2014 de 5 de agosto que estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades USF e UCSP, cuja implementação decorrerá de experiências piloto.

Seguidamente, apresenta-se a Parte III desta tese, onde se integram as principais conclusões deste estudo. Inicia-se com os *Contributos para o desenvolvimento do processo de cuidados à família em contexto de CSP*, seguindo-se as considerações finais e as referências bibliográficas utilizadas ao longo do processo de investigação.

PARTE III - EVIDÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DOS CUIDADOS ÀS FAMÍLIAS

1 - CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE CUIDADOS À FAMÍLIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ao longo da Parte II, do capítulo I e II foram apresentadas a análise e a interpretação dos achados. Nesta Parte da tese, pretende-se salientar as conclusões mais significativas, refletindo de uma forma global sobre a análise efetuada. A denominação deste ponto da tese surge da finalidade deste estudo: contribuir para o desenvolvimento do processo de cuidados à família.

Optando-se pela triangulação metodológica, foi intenção analisar o processo de produção de cuidados às famílias em contexto de trabalho e compreender os elementos estruturantes desse processo pelos enfermeiros de CSP da ARS do Centro. Para tal, foi necessário estudar previamente as atitudes/importância que estes enfermeiros atribuem à família nos cuidados, fornecendo este um “diagnóstico” mais preciso da situação global como também a diferença que estas atitudes apresentam nos diferentes ACES ou ULS.

Constituíram dimensões resultantes do estudo empírico:

- 1. Atitudes dos enfermeiros face à família** (importância das famílias nos cuidados de enfermagem)
 - A. Formação
 - B. Tempo de experiência profissional
 - C. Trabalhar em UCSP
 - D. Metodologia de Organização de cuidados
- 2. Contextos, atores e mudanças na atual Reforma CSP**
- 3. Intervenientes e estratégias na e para produção dos cuidados às famílias**
 - A. Criação das USF e UCSP
 - B. Organização das unidades: ficheiros; área de abrangência e características da população inscrita
 - C. Indicadores e incentivos
 - D. Padrões de documentação
 - E. Formação em enfermagem de família
 - F. Inexistência de um modelo teórico
 - G. Equipa multiprofissional
 - H. Programas Nacionais de Saúde, Famílias e Atores
 - I. Motivação das equipas
- 4. Intervenções em Cuidados às famílias**

Na figura seguinte, encontram-se esquematizadas estas dimensões, resultantes do estudo empírico e que constituem os vetores em torno dos quais se apresentarão as conclusões desta investigação.

Figura 12 - Dimensões resultantes do estudo empírico



As dimensões apresentadas serão seguidamente explanadas, de forma a tornar visíveis as conclusões deste estudo.

1. Atitudes dos enfermeiros face à família

As atitudes dos enfermeiros que trabalham em CSP, na ARS do Centro, caracterizam-se como atitudes de suporte face à família, ou seja, os enfermeiros de CSP, da ARS do Centro, atribuem bastante importância à família nos cuidados, o que constitui um critério importante para a qualidade desses cuidados. Contudo, estas atitudes são influenciadas por alguns fatores que seguidamente se apresentam.

A. Formação

A formação académica e profissional destes enfermeiros constitui uma importante variável que influencia as atitudes dos enfermeiros face à família. Os enfermeiros que apresentam atitudes de maior suporte, são os que possuem maior formação académica (os mestres) e profissional (os especialistas), tendo-se revelado, na segunda fase deste estudo, que são os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária que apresentam discursos com maior proximidade às teorias da enfermagem de família, nomeadamente à corrente sistémica.

Por outro lado, foram estes que também mais evidenciaram a necessidade de formação específica em enfermagem de família e da existência de um modelo de enfermagem orientador das suas práticas.

Relativamente à formação específica em enfermagem de família, constatou-se que os enfermeiros que possuem formação específica em enfermagem de família atribuem maior importância às famílias nos cuidados. No entanto, na segunda fase deste estudo, apenas uma das informantes-chave do ACES B possuía esta formação, o que impossibilitou a análise desta variável.

B. Tempo de experiência profissional

O tempo de experiência profissional configurou-se em dois eixos distintos. Na primeira fase do estudo verificou-se que o tempo de experiência profissional influencia as atitudes dos enfermeiros, tendo-se constatado que quanto mais anos de experiência profissional, maiores eram os valores nas atitudes de suporte. Esta constatação enquadra-se nos pressupostos de Benner (2001), no que diz respeito aos níveis de competência em que os enfermeiros com menos tempo de exercício profissional, enfermeiros iniciados, iniciados avançados, ou mesmo competentes (há dois ou três anos no mesmo serviço) não reconhecem uma situação no seu todo.

Contudo, o tempo de exercício profissional na motivação dos enfermeiros para o desenvolvimento da enfermagem de família não se revelou ter a mesma influência. Numa das unidades em estudo, os enfermeiros mais novos e com menos tempo de experiência profissional, evidenciaram maior motivação para a enfermagem de família. Esta constatação parece relacionar-se com a integração recente dos conteúdos de enfermagem de família, nos planos de estudos dos CLE e com modelos pedagógicos mais construtivistas introduzidos nas reformas do ensino de enfermagem.

C. Trabalhar em UCSP

Na primeira fase do estudo, os inquiridos que trabalham em UCSP apresentaram atitudes de menor suporte face à importância das famílias nos cuidados de enfermagem. Tal facto, não se revelou na segunda fase do estudo. Numa das UCSP, os participantes mostraram concepções de cuidados às famílias próximas da teorização em enfermagem de família e do que é proposto em relação ao enfermeiro de família, que integra as equipas de saúde familiar. Esta constatação pode relacionar-se com o facto dos enfermeiros desta UCSP organizarem os cuidados pelo método do enfermeiro de família, metodologia que já utilizavam antes da formação da unidade e que não obrigou a um processo de mudança imposta.

D. Metodologia de organização de cuidados

Na primeira fase do estudo, os enfermeiros que trabalhavam segundo o método funcional apresentaram menores valores nas atitudes de suporte em relação à família. Na segunda fase do estudo, foram também estes que revelaram menor motivação para o método de organização dos cuidados por enfermeiro de família e conseqüentemente para o desenvolvimento de práticas centradas na família. Já os enfermeiros que organizavam os cuidados pelo método de enfermeiro de família ou que já tinham tido experiências anteriores com ele, foram os que mais motivação demonstraram para o desenvolvimento das práticas centradas na família, revelando-se também nas suas narrativas maior proximidade à teoria sistémica.

2. Contextos, atores e mudanças na atual Reforma CSP

A atual reforma dos CSP, com a reorganização dos CS em unidades funcionais de saúde, nomeadamente a criação das USF e UCSP, foi sentida pelos atores deste estudo como uma oportunidade para o desenvolvimento da enfermagem de família e, conseqüentemente, para a qualidade dos cuidados.

Contudo, esta reorganização é vista pelos atores como potencialidades e fragilidades para o desenvolvimento da enfermagem de família. As potencialidades e as fragilidades assumem pontos comuns e distintos, na perceção dos enfermeiros, revelando-se que as características da unidade funcional onde trabalham e a importância que atribuem à família nos cuidados tendem a influenciar a perceção dos enfermeiros (Figura 13).

As potencialidades comuns identificadas (nas narrativas dos participantes de todas as unidades em estudo) foram: a maior acessibilidade das famílias aos cuidados, a criação das USF e a orientação dos cuidados de enfermagem por enfermeiro de família (Figura 13).

Os enfermeiros que trabalham em USF consideram como potencialidades para o desenvolvimento da enfermagem de família a criação de indicadores e de incentivos. Estes foram considerados como fragilidade pelos enfermeiros da UCSP, onde os valores nas atitudes de suporte se mostraram mais elevados. Esta diferença na perceção irá ser discutida mais à frente.

Os participantes das UCSP, onde se revelaram menores valores nas atitudes de suporte, não identificaram estas fragilidades e atribuíram também importância aos indicadores como resultados do seu trabalho. Para estes, a criação das próprias unidades foi entendida como potencialidade para o desenvolvimento da enfermagem de família uma vez que conseguiram uma relação de maior qualidade na equipa. (Figura 13)

Como fragilidades para o desenvolvimento da enfermagem de família foram identificadas pelos atores, de todas as unidades em estudo, as assimetrias entre UCSP e USF, entre as quais: a autoformação das equipas nas USF, a mobilidade dos enfermeiros nas UCSP, a adequação dos recursos humanos nas USF e a existência de ficheiros fixos nas USF. (Figura 13)

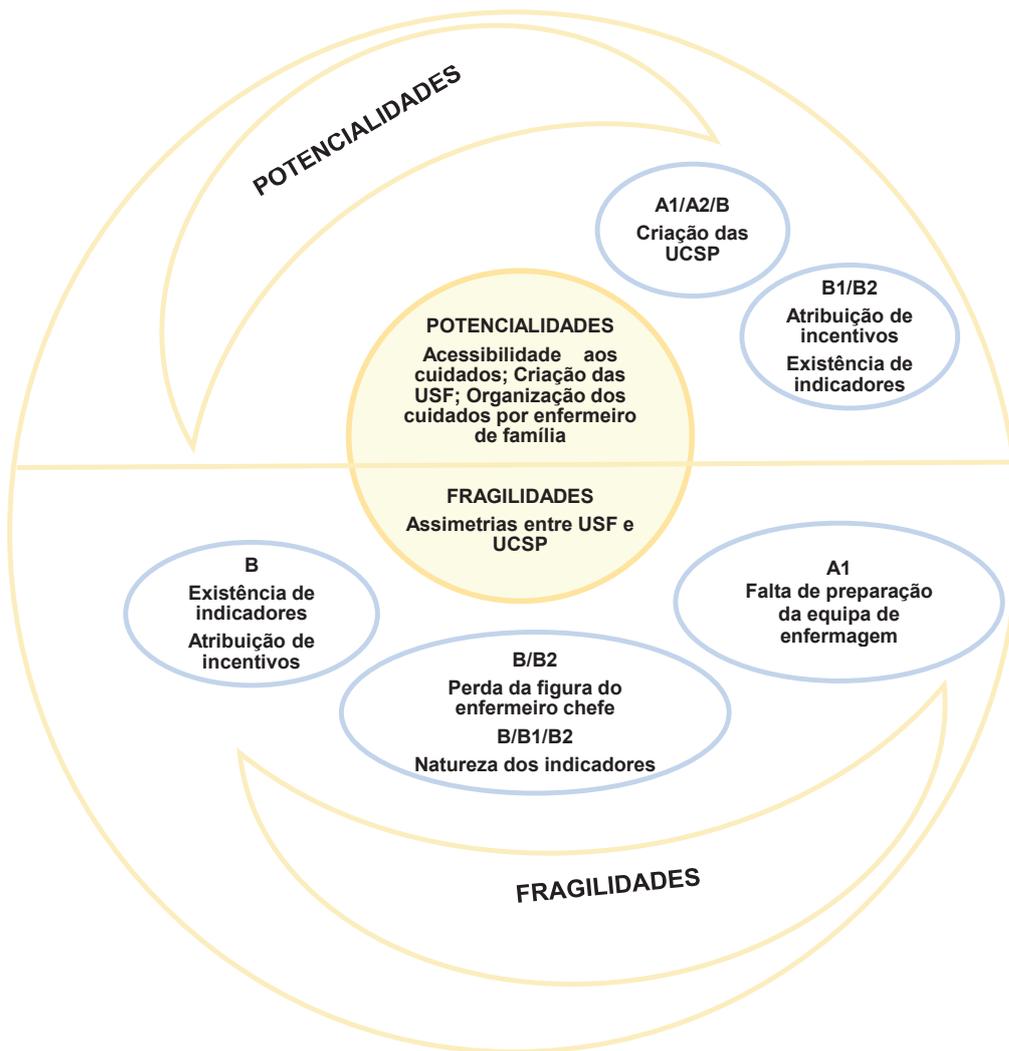
A natureza dos indicadores foi identificada como fragilidade ao desenvolvimento da enfermagem de família apenas nos contextos onde as atitudes face à família se revelaram de maior suporte, o que pode demonstrar maior preocupação na qualidade dos resultados centrados na família (Figura 13). Esta fragilidade irá ser explorada mais à frente.

No que diz respeito à atribuição desigual de recursos humanos e de recursos físicos entre unidades da mesma natureza funcional e de natureza funcional diferente foi identificada uma fragilidade pelos participantes de todas as unidades.

A perda da figura do enfermeiro chefe foi outra fragilidade identificada, embora apenas pelos enfermeiros que apresentaram valores mais elevados nas atitudes de suporte face à família. Esta fragilidade constitui também um fator influenciador dos cuidados às famílias pelo que será apresentada noutro item.

A ausência de preparação da equipa de enfermagem para a metodologia do enfermeiro de família foi também considerada uma fragilidade da reforma, o que parece revelar a falta de formação que os enfermeiros sentem quando são confrontados com uma nova forma de organizar os cuidados centrados na família. No entanto, esta fragilidade foi apontada simultaneamente com a afirmação de que a enfermagem de família está na génese dos enfermeiros, narrativa de um participante de um contexto onde as atitudes de suporte revelaram menores valores. (Figura 13)

Figura 13 - Percepção dos atores sobre a atual Reforma dos CSP



Através da análise das perspetivas dos atores sobre a atual reforma dos CSP (pelas potencialidades e pelas fragilidades assinalados pelos enfermeiros) revela-se a importância que os atores atribuem ao desenvolvimento da enfermagem de família e às necessidades sentidas por eles para adequar as práticas a esse desenvolvimento com os constrangimentos contextuais que vivenciam no quotidiano da clínica, o que reforça a necessidade da “*mudança, na mudança*”, ou seja, a “*formação da e na mudança*” (Costa, 2006_b; p. 44).

3. Intervenientes e estratégias na e para produção dos cuidados às famílias

A criação das USF e UCSP; a organização das unidades (ficheiros, área de abrangência e características da população inscrita); os indicadores e incentivos; os padrões de documentação; a formação em enfermagem de família; a inexistência de um modelo teórico; a equipa multiprofissional; os Programas Nacionais de Saúde, Famílias e Atores

e a motivação das equipas, constituem intervenientes que interferem no processo de cuidados à família. Estes emergiram da análise das diversas fontes de dados colhidos neste estudo e comprovam que *“Cada contexto de cuidados de saúde pode afetar o papel que o enfermeiro desempenha junto da família”* (Hanson, 2005; p. 14).

A. Criação das USF e UCSP

A criação das USF e das UCSP veio trazer assimetrias nas condições que oferecem ao desenvolvimento da enfermagem de família, verificando-se que tendencialmente são as USF que possuem os recursos mais facilitadores, nomeadamente: adequação dos recursos físicos e humanos, dinâmica de autoformação e gestão das equipas, estabilidade das equipas e existência de ficheiros fixos.

Estes recursos constituíram o eixo central para a construção de equipas de saúde familiar e conseqüentemente para o desenvolvimento do método de organização dos cuidados por enfermeiro de família.

A existência de um gabinete para cada enfermeiro e a atribuição dum ficheiro de utentes ou famílias por enfermeiro (existindo um enfermeiro em cada equipa de saúde) constitui uma condição essencial, na organização dos cuidados às famílias e tem sido ao longo do processo da reforma dos CSP, efetivado de forma desigual nas diferentes unidades funcionais em estudo, bem como noutros contextos do país, comprovando-se noutros estudos.

Também constituíram desigualdades entre USF e UCSP, a dinâmica de autoformação (aumentando a satisfação dos enfermeiros das USF, quando a equipa é escolhida e levando a sentimentos de desagrado e insatisfação das dos enfermeiros das UCSP, por se sentirem “enfermeiros de segunda” ou ainda “os restantes”). A dinâmica de gestão nas equipas das USF revelou-se também um fator de satisfação dos enfermeiros, uma vez que se sentem em igualdade de decisão, em relação aos outros profissionais. Pelo contrário, os que não participaram na gestão das UCSP revelaram insatisfação.

A estabilidade das equipas das USF, por não terem de substituir colegas noutras unidades, como acontece nas UCSP, foi outra das assimetrias identificadas que condiciona o planeamento e a concretização dos cuidados às famílias.

A existência de ficheiros fixos nas USF é outra assimetria que permite a realização de um planeamento de cuidados adequado às famílias nas USF, o que não sucede com a mesma facilidade aos enfermeiros das UCSP, onde existem enfermeiros que não têm apenas um ficheiro de famílias atribuído.

B. Organização das unidades: ficheiros, área de abrangência e características da população inscrita

A organização dos ficheiros de família, devido à forma como se processou a formação das unidades (USF e UCSP), levou a que os elementos de uma mesma família se encontrem inscritos em vários ficheiros e a que famílias que residem em localidades diferentes e distantes se encontrem inscritas no mesmo ficheiro, dificultando o acesso ao conhecimento de todos os membros de uma família (pela parte dos enfermeiros) e à dificuldade de realização de visitas domiciliárias, condicionada também pela falta de recursos de transporte das equipas.

Revela-se por isso, a necessidade de uma reorganização por área geográfica, conforme Decreto-lei nº 298 de 22 de agosto e orientação do GTDCSP (2012_a), o que facilitará a organização das visitas domiciliárias pelo enfermeiro de família e, conseqüentemente, melhores resultados em saúde pela continuidade dos cuidados, bem como uma diminuição de custos relativos ao transporte.

A elevada dimensão e dispersão da área de abrangência das unidades, bem como o facto de a população ser flutuante e ter um elevado número de inscrições esporádicas, dificultam o planeamento e a concretização dos cuidados.

C. Indicadores e incentivos

A existência de indicadores assumiu diferentes significados no desenvolvimento da enfermagem de família, ainda que apenas os participantes do ACES B (onde se revelaram atitudes de maior suporte face à família) o tivessem identificado, como foi já referido.

Os enfermeiros que trabalham em USF valorizam os indicadores, considerando-os guias para a prática e uma forma de avaliação da qualidade dos cuidados. Já os participantes da UCSP B advogam que a existência de indicadores pode desumanizar as práticas dos enfermeiros, uma vez que estes, com a necessidade que possuem em cumprir os números previstos na contratualização, podem estar menos atentos às famílias nas consultas de enfermagem.

A atribuição de incentivos, quando as USF cumprem os indicadores contratualizados, teve também desigual reconhecimento. Para os enfermeiros das USF, a motivação pelo estímulo com a atribuição de incentivos foi visível nos seus discursos, no entanto, no que respeita ao desenvolvimento da enfermagem de família, os incentivos não parecem justificativos. Constatou-se que, enquanto que os enfermeiros de uma USF, não utilizam o método de enfermeiro de família, os enfermeiros de uma UCSP, que não têm direito a estes incentivos, utilizam o método de enfermeiro de família para organizar os cuidados de enfermagem.

Por outro lado, a atribuição de incentivos aos enfermeiros das USF imprimiu aos enfermeiros da UCSP B o sentimento de insatisfação e de injustiça e o sentimento de serem “*enfermeiros de segunda*” pela diferenciação que é feita entre os enfermeiros, acrescentando-se ao facto de nas USF “*o trabalho estar facilitado*” e nas UCSP terem que trabalhar “*a dobrar para atingir menos*”.

A natureza dos indicadores foi uma dimensão onde se verificou perceção semelhante entre os participantes do ACES onde se verificaram atitudes de maior suporte face à família. A natureza dos indicadores foi considerada um fator dificultador da avaliação e da visibilidade dos cuidados de enfermagem às famílias, uma vez que consideram não avaliar a qualidade dos cuidados, mas o número de consultas e de intervenções, resultado do tipo de indicadores possíveis de contratualizar.

D. Padrões de documentação

Os padrões de documentação constituem um fator influenciador dos cuidados à família, apresentando estas características facilitadoras e dificultadoras.

Nas UCSP do ACES A, onde o aplicativo informático é o *SAPE*, revelaram-se como características facilitadoras dos cuidados à família o facto de o aplicativo informático permitir “*registar todos os dados*” e permitir “*aceder a todos os elementos do agregado familiar*” através de um dos elementos. Como dificultadores, a “*complexidade no registo de intervenções e em retirar indicadores*”. Os participantes destas unidades identificaram que não possuem formação nem em linguagem CIPE nem na utilização do programa *SAPE*, o que pode condicionar o processo de registos e, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados.

Os participantes do ACES B utilizam o *VITACARE*. Independentemente da unidade que integram, a característica considerada facilitadora dos cuidados à família foi a possibilidade de “*acesso aos resultados/indicadores de cada enfermeiro e de todos os elementos das famílias*”. Ainda que não os utilizem, o facto de o aplicativo possuir instrumentos de avaliação familiar, foi outra das características evidenciadas como facilitadoras. Outras características facilitadoras registadas foram: permitir acesso completo ao processo de cada utente (o que não acontece no *SAPE*, em que aos enfermeiros está vedado o acesso aos registos médicos), permitir programar atividades e permitir identificar o enfermeiro de família nos processos dos utentes (o que acontece apenas no aplicativo das unidades onde os cuidados estão organizados por enfermeiro de família). Pelo contrário, na unidade onde os cuidados não estão organizados por este método, o aplicativo não identifica o enfermeiro, mas a sala ou gabinete onde os procedimentos são realizados.

As características consideradas dificultadoras do processo de cuidados às famílias pelos atores do ACES, onde as atitudes revelaram ser de maior suporte, centram-se na estrutura do aplicativo informático. Consideram uma lacuna a falta de diagnósticos, a falta de visão sistémica, a impossibilidade de obter resultados das intervenções de enfermagem, não estar orientado para a família e não possuir nenhum modelo de enfermagem. Essas carências podem levar, na opinião dos atores, à categorização do cuidado, centrado no indivíduo e na tarefa.

As características apresentadas revelam uma distinta preocupação dos enfermeiros dos dois ACES em estudo. Para os enfermeiros que trabalham no ACES onde as atitudes obtiveram menores valores de suporte, a principal dificuldade parece evidenciar-se a nível do programa informático e não tanto com o processo de cuidados, o que pode relacionar-se também com a diferença de valores nas atitudes face à família.

Os resultados obtidos pela análise dos dados recolhidos nos diferentes tipos de fontes evidenciam que, independentemente do método de organização de cuidados, do tipo de unidade funcional e do aplicativo informático em uso nas diferentes unidades, os enfermeiros não produzem diagnósticos de enfermagem de família nos padrões de documentação. Em relação às intervenções de enfermagem à família, existem evidências de intervenções de ensino no programa de saúde infantil e ao prestador de cuidados em situação de dependência. Contudo, a preocupação destes registos foi apenas enunciada pelos participantes dos contextos, onde as atitudes de suporte se mostraram mais elevadas.

As justificações dos atores para este facto revelam-se, para além dos fatores já descritos no ACES, onde os enfermeiros obtiveram maiores valores nas atitudes de suporte, a carência de formação em enfermagem de família e a utilização da CIPE. Já no ACES onde os enfermeiros apresentaram menores valores nas atitudes de suporte, nomearam a falta de formação em relação ao aplicativo informático e à linguagem CIPE.

E. Formação em enfermagem de família

A carência de formação em enfermagem de família foi evidenciada com maior incidência nos discursos dos participantes do ACES onde as atitudes dos enfermeiros se apresentaram de maior suporte, face à família. No ACES, onde as atitudes dos enfermeiros apresentaram menores valores de suporte, esta necessidade só emerge quando questionada, tendo-se obtido que «a formação era sempre “bem-vinda”». Outros participantes são da opinião de que os cuidados à família estão na “*génese dos enfermeiros*”, um dos obstáculos colocados à prática de enfermagem de família

(Hanson, 2005). Esta constatação evidencia a relação existente entre as atitudes destes enfermeiros face à família e a necessidade de formação em enfermagem da família.

Revelou-se, também, maior evidência na necessidade de formação em enfermagem de família nos participantes das unidades que utilizam o método de organização dos cuidados por enfermeiro de família e onde os cuidados parecem aproximar-se mais dos modelos de avaliação e intervenção familiar.

Constatou-se ainda que nestas unidades existem enfermeiros com cursos de especialização em saúde comunitária, o que não se regista nas outras unidades onde parece existir uma preocupação mais direccionada para o indivíduo e para as situações de doença.

F. Inexistência de um modelo teórico

A inexistência de um modelo teórico de enfermagem, para orientar as práticas de cuidados à família, foi evidenciada por dois participantes, que possuem especialidade em enfermagem comunitária, pertencentes a contextos onde as atitudes se mostraram de maior suporte e onde o método de organização dos cuidados é por enfermeiro de família. Tal facto parece revelar que a formação e o método de trabalho influenciam a importância que se atribui à família nos cuidados, bem como a concepção da prática sedimentada por um referencial teórico.

G. Equipa multiprofissional

A criação das USF e das UCSP com a constituição de novas equipas multiprofissionais imprimiu diferentes formas de relacionamento entre profissionais na organização dos cuidados de enfermagem e a ausência da figura do enfermeiro chefe e do enfermeiro especialista pôs em risco a autonomia profissional e a perda de competências dos enfermeiros.

O relacionamento entre os profissionais nas equipas que se autoformaram constitui um dos pontos positivos da reforma, uma vez que permitiu a melhor qualidade de relação e a melhor qualidade nos cuidados. Contudo, nas equipas onde a liderança é considerada democrática, os participantes consideram ter relações de simetria com a equipa multiprofissional, o que lhes permite também uma elevada autonomia profissional. Pelo contrário, nas equipas que se autoformaram, ainda que considerem que a gestão é partilhada, a liderança autocrática não permite a autonomia dos enfermeiros. Neste contexto, o tipo de liderança mostra-se o principal fator para o relacionamento interequipa multiprofissional e não a dinâmica de formação das equipas.

As equipas que se constituíram com os elementos que não integraram as USF e, portanto, não tiveram a mesma dinâmica de formação, sentiram o processo de constituição das equipas como um ponto frágil da reforma, identificando as relações de poder da equipa médica sobre a organização dos cuidados de enfermagem. Neste caso, apontam a falta e a importância do enfermeiro chefe, quando este se impõe para a manutenção da autonomia profissional e das competências dos enfermeiros.

Nas diferentes equipas, a ausência da figura do enfermeiro chefe e a coordenação das equipas multiprofissionais por um médico levaram à criação da figura do enfermeiro interlocutor. Nas equipas, onde os enfermeiros possuem filosofias de cuidados mais próximas dos modelos de enfermagem de família, o enfermeiro interlocutor assume um papel fundamental, quer na organização dos cuidados de enfermagem quer na da pressão exercida pelo coordenador sobre as competências dos enfermeiros. Nestas, ainda que sob alguma pressão médica para a organização dos cuidados por tarefa, mantiveram a metodologia que sempre utilizaram e que consideram ser fundamental para o desenvolvimento da enfermagem de família a figura do enfermeiro de família.

Salienta-se que a perda da figura do enfermeiro chefe não foi identificada pelos enfermeiros dos contextos onde as atitudes apresentaram menor nível de suporte, facto que pode revelar uma maior acomodação. Os enfermeiros de contextos onde as atitudes apresentaram maiores valores de suporte, mas onde foi evidenciada uma coordenação democrática, a perda do enfermeiro chefe não foi sentida como preocupação, o que pode revelar que estes possuem maior autonomia na equipa.

H. Programas Nacionais de Saúde, Famílias e Atores

Os Programas Nacionais de Saúde, a Família e os Enfermeiros constituíram também, importantes fatores que influenciam os cuidados às famílias. Constatou-se que os participantes deste estudo se preocupam com o envolvimento da família nos cuidados, considerando-o um importante contributo para a qualidade dos cuidados.

A família constitui um fator facilitador ou dificultador se, se envolve ou não nos cuidados, sendo para este facto determinante o acompanhamento que realiza aos seus membros nas consultas às unidades de saúde.

Evidenciou-se ainda, a necessidade dos enfermeiros em envolver a família, em situações de dependência, o que parece revelar que a família não é vista como um alvo dos cuidados, sendo para os participantes um recurso para a ajuda dos enfermeiros nas suas práticas.

Identificou-se como programas mais facilitadores do desenvolvimento da enfermagem de família os que pela sua natureza implicam maior envolvimento das famílias,

nomeadamente, o Programa Nacional da Diabetes, o Programa Nacional de Saúde Infantil e o Programa de Saúde Materna.

Contudo, enquanto que nos enfermeiros que defendem o desenvolvimento da enfermagem de família e utilizam o método como organizador dos cuidados, o envolvimento da família depende principalmente dos enfermeiros, naqueles enfermeiros que, apesar de atribuírem importância à figura do enfermeiro de família, não orientam os cuidados com esta filosofia, o envolvimento depende dos Programas Nacionais de Saúde e da própria família.

Os enfermeiros que não possuem experiências profissionais com orientação dos cuidados por enfermeiro de família e que possuem maior experiência profissional orientada para o cuidado centrado no indivíduo e na doença, a família foi vista como um obstáculo ao desenvolvimento da enfermagem de família, defendendo que não estão recetivas e que as práticas de enfermagem à família são entendidas como uma intromissão.

Os enfermeiros que revelam nas suas narrativas maior proximidade à enfermagem de família identificam:

- A necessidade de programas dirigidos à saúde da família, ainda que considerem que em todos os existentes se evoque a família, embora apenas no que respeita às intervenções educativas;
- Manifestam necessidade dum referencial que guie as práticas, para facilitar a uniformização da linguagem e para a valorização dos dados a colher e a registar;
- Atribuem importância aos programas serem implementados e trabalhados pelas próprias equipas;
- Distinguem que os enfermeiros atribuem maior importância aos cuidados físicos dos utentes, do que ao relacionamento dos membros da família;
- Manifestam necessidade de formação em enfermagem de família.

A conceção que os enfermeiros possuem de família e de cuidados foi também identificada como influenciadora das práticas dos enfermeiros, mais voltadas para o indivíduo ou para a família.

I. Motivação das equipas

A motivação das equipas para o desenvolvimento da enfermagem de família relaciona-se com diversos fatores entre os quais se destacam: o método de organização

dos cuidados que utilizam e as experiências profissionais anteriores; o tempo de experiência profissional e a formação que possuem; a existência de enfermeiros especialistas em áreas específicas; os horários de trabalho; a remuneração que auferem; a progressão e a instabilidade na carreira.

Os enfermeiros que possuem experiências anteriores com o método de enfermeiro de família defendem a sua utilização e praticam essa metodologia, quando existe um rácio enfermeiro/médico compatível. Estes enfermeiros advogam que a referida metodologia é uma mais-valia (não só para os enfermeiros, como também para os utentes e famílias), uma vez que lhes permite conhecer a família (facilitando a organização dos cuidados), estabelecer uma relação de confiança e a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo vital, o que, conseqüentemente, facilita a adesão ao regime terapêutico. Consideram ainda que a metodologia permite um melhor reconhecimento profissional dos enfermeiros.

Os enfermeiros que trabalham em unidades que utilizam a metodologia de enfermeiro de família, revelam nos seus discursos uma maior proximidade aos referenciais teóricos da área da enfermagem de família do que os participantes das restantes unidades. Defendem que o desenvolvimento da enfermagem de família passa por uma mudança na forma de pensamento em enfermagem, caracterizando-se a intervenção do enfermeiro de família como “(...) *conhecer a família, lidar com a família, envolver a família (...) na parte preventiva, na parte curativa, na parte de reabilitação (...)*”. Consideram que a prática do enfermeiro de família é construída com base nas conceções que possuem, baseadas nos percursos profissionais.

Os enfermeiros que não possuem experiências anteriores com o método de enfermeiro de família, que trabalham em unidades onde não é utilizada essa metodologia e que se sentem motivados para a praticarem, são os enfermeiros mais novos e com menos experiência profissional (o que se relaciona com a recente integração de conteúdos sobre saúde familiar, nos planos de estudos do CLE).

Os enfermeiros que foram identificados, pelos pares ou que se identificaram como não motivados para o desenvolvimento da enfermagem de família e que trabalham em unidades onde não é utilizada essa metodologia, apresentam diferentes justificações que se revelaram mais centradas nos próprios enfermeiros do que nos benefícios dos utentes e famílias.

Razões apontadas relativas aos inconvenientes da metodologia para os utentes e famílias:

- Causaria dificuldade de adaptação e restrição de horário para os utentes diminuindo-lhes a acessibilidade;
- Os utentes poderiam não gostar do enfermeiro de família que lhes fosse atribuído.

Justificações apresentadas relativas aos inconvenientes da metodologia por enfermeiro de família para os enfermeiros:

- Não concordam com a metodologia do enfermeiro de família, porque não têm obrigação de saber todas as áreas da saúde familiar que esta metodologia exige;
- Não sabem se o método traz mais-valias às famílias;
- Defendem que o método à tarefa, ou por equipa é o que melhor se adequa aos constrangimentos económicos do país;
- Sentem-se satisfeitos com a metodologia que utilizam porque lhes permite trabalhar em equipa;
- Advogam a flexibilidade do horário que lhes permite o método que utilizam;
- Defendem o privilégio de ter um enfermeiro especialista em saúde infantil, para realizar estas consultas a todas as crianças;
- Alegam a baixa remuneração, a falta de progressão e a instabilidade na carreira de enfermagem.

Os motivos de desmotivação para o desenvolvimento da enfermagem de família que os enfermeiros possuem parecem relacionar-se com a conceção de cuidados e de família que possuem, bem como com a convicção de que esta metodologia exige mais dedicação e trabalho.

De forma global, a motivação dos enfermeiros revela uma forte relação com os percursos identitários, incluindo-se nestes a formação, a metodologia de organização dos cuidados e ainda as experiências anteriores.

Assim, emerge a consideração de Costa (2006_b) quando cita Honoré que advoga a existência de três direções para uma estratégia de mudança para uma nova organização nas unidades de saúde:

- Passar de uma organização tradicional para unidades de menor dimensão;
- Passar de uma visão de trabalho estruturada e sem comunicação para uma visão integradora que implica uma mobilização coletiva;
- Passar de uma representação individual da tarefa à noção de pertença a um grupo.

Desta forma, urge a melhoria da formação, articulando-se a formação inicial dos atores com a formação individual e contextualizada, quer nas organizações quer nos percursos identitários e experienciais. Neste sentido, o papel do agente facilitador da mudança é sustentado numa lógica de acompanhamento e suporte, no contexto de cuidados, por forma a que os próprios atores analisem, quer as ações quer as soluções, contrariamente à visão tecnicista de mudança em que a formação formal e descontextualizada não produz efeitos de mudança.

4. Intervenções em cuidados às famílias

As intervenções em cuidados às famílias que os enfermeiros descrevem parecem relacionar-se com o método de organização dos cuidados que utilizam e com as experiências anteriores à implementação da atual reforma dos CSP que reforçaram o desenvolvimento de uma filosofia centrada na família ao longo do ciclo de vida.

Nas unidades onde os enfermeiros trabalham segundo o método de enfermeiro de família, evidencia-se uma maior aproximação aos modelos de avaliação e intervenção familiar. Nestas unidades, os enfermeiros participaram na construção dos regulamentos internos e identificaram nestas orientações o conceito de enfermeiro de família e as suas intervenções.

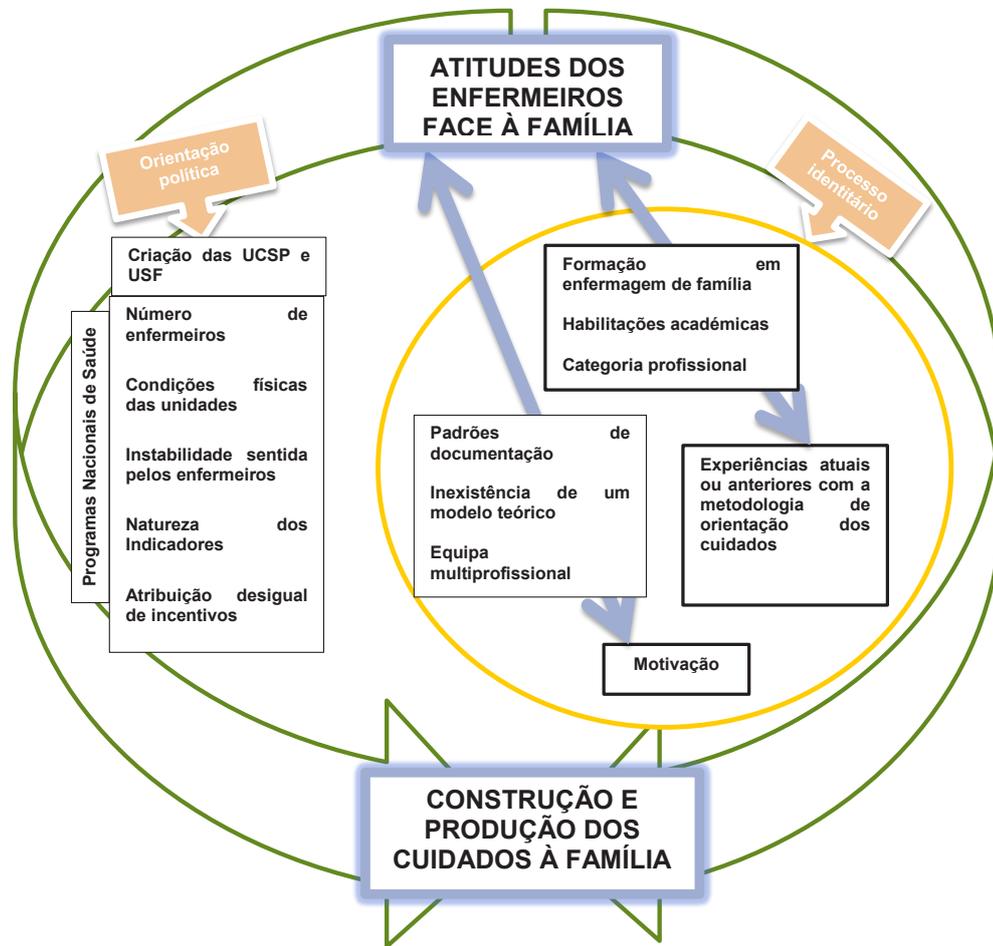
As intervenções que descrevem realizar com as famílias não se relacionaram com o tipo de unidades funcionais onde os participantes trabalham (USF ou UCSP), mas com a metodologia de orientação dos cuidados que utilizam.

Os enfermeiros que trabalham em unidades onde não possuem a metodologia de enfermeiro de família como organizadora dos cuidados descrevem as intervenções que realizam às famílias, centradas no envolvimento da família quando esta acompanha os seus elementos às unidades no sentido colaborativo, para situações de dependência dos seus elementos. Revela-se que o foco é cada um dos membros da família e a família assume um recurso e um contexto para os cuidados.

Os enfermeiros que trabalham em unidades onde o método de enfermeiro de família é utilizado e que possuem formação especializada em enfermagem comunitária, para além de envolverem a família nos cuidados, apresentam nas suas narrativas uma visão sistémica da família e atribuem importância ao papel do enfermeiro de família nos processos de transição que as famílias vivenciam. Apesar de não ter sido possível identificarem-se intervenções nas dinâmicas internas da família e nas suas relações, as narrativas discursivas destes enfermeiros demonstram uma conceção mais próxima da família como cliente e alvo dos cuidados de enfermagem.

Seguidamente, apresenta-se esquematicamente na Figura 14 as evidências científicas encontradas neste estudo que constituem intervenientes na e para a produção dos cuidados às famílias pelos enfermeiros de CSP, bem como as suas relações.

Figura 14 - Intervenientes e relações na e para a produção dos cuidados às famílias



Legenda:

-  - Forte influência
-  - Moderada influência
-  - Principais intervenientes

Pela análise da figura anterior, pode concluir-se que a produção dos cuidados de enfermagem à família nos CSP está fortemente relacionada com as orientações políticas e com os processos identitários dos enfermeiros.

A reconfiguração dos CS em diferentes unidades funcionais, nomeadamente USF e UCSP e as restantes orientações políticas para todo o processo foram cumpridas de forma desigual na ARS do Centro. Esta desigualdade identifica-se ao nível da adequação das estruturas físicas das unidades, bem como ao nível do número de

enfermeiros. Este facto constitui um obstáculo ao desenvolvimento do trabalho em equipas de saúde familiar, o que conseqüentemente influencia a instituição da figura do enfermeiro de família nestas equipas.

Apesar das orientações políticas defenderem semelhanças na atribuição de recursos entre as USF e as UCSP, esta ocorrência não se confirmou e também se revela uma fragilidade para o desenvolvimento da enfermagem de família. Os enfermeiros das UCSP não possuem ficheiros fixos e possuem mobilidade entre unidades para substituir colegas, o que implica dificuldades no planeamento dos cuidados às famílias.

Outras fragilidades relativas às assimetrias entre estas unidades de natureza funcional distinta são as dinâmicas de formação das equipas, que nas UCSP se realizaram com os enfermeiros que restaram da organização das USF ou por orientação superior, o que não lhes possibilitou um planeamento antecipadamente construído e um conseqüente esforço para uma organização consentânea das equipas. Ainda que não se tenha concluído neste estudo, este facto pode ter forte impacto na motivação dos enfermeiros, ao sentirem que não foram seleccionados pelo médico coordenador e, por outro lado, manifestarem que têm que trabalhar mais para atingir os mesmos indicadores, conseqüência do não planeamento.

Por outro lado, e ainda em relação à fragilidade assimétrica destes contextos, estão os indicadores e a atribuição de incentivos aos enfermeiros das USF. A natureza dos indicadores criados (Quadro 1) não reflete a qualidade dos cuidados de enfermagem, nem exige o levantamento de diagnósticos de enfermagem de família, não sendo por isso posto em evidência a qualidade dos resultados desses cuidados. Caracterizando-se em números, as consultas de enfermagem e os procedimentos técnicos podem imprimir aos cuidados um visão desumanizada centrada no número de atos e não nas necessidades das famílias, associando-se ainda a retribuição de incentivos honorários quando a percentagem de indicadores contratualizados é atingida. Esta constatação emergiu pelos enfermeiros de uma UCSP que não possuem a mesma retribuição, ainda que possam produzir melhores ou iguais cuidados.

Ainda em relação às políticas da saúde estão os Programas Nacionais de Saúde que na percepção dos enfermeiros não consideram a família, a não ser em situação de dependência. Este facto levanta também a dificuldade de direccionar os cuidados para família, imprimindo também diferentes práticas baseadas nos percursos identitários dos enfermeiros.

Estes percursos encontraram-se relacionados com a formação que possuem (mais orientada para a família ou para a pessoa), com a graduação profissional (que interfere na responsabilidade individual) e com as experiências na metodologia de trabalho (por enfermeiro de família ou à tarefa).

Consequentemente estes percursos influenciam a motivação dos enfermeiros para o desenvolvimento de práticas centradas na família e os padrões de documentação que produzem. Neste caso, a existência de um referencial teórico emerge como recurso importante na perspetiva dos que possuem formação especializada em enfermagem comunitária e dos que demonstram que a enfermagem de família é necessariamente uma filosofia de cuidados, mais do que um método de os organizar.

Na construção destes percursos identitários, estão, não só as experiências profissionais em relação ao método de trabalho, como também as relações entre os diferentes profissionais. Nestas não é alheio o poder médico na organização dos cuidados de enfermagem. Quando as relações de trabalho são de simetria ou quando os enfermeiros se identificam como profissionais com regulamento e mandato social diferenciado, determinam a metodologia a utilizar. Se estas características não estão presentes, tendem a manter o que mais conforto lhes oferece, podendo ser comandados pelos que os coordenam, podendo também daqui resultar o risco de perda de autonomia profissional com a nova organização.

No centro desta problemática, encontram-se as atitudes dos enfermeiros e a produção dos cuidados face à família como resultado de todos estes fatores facilitadores e dificultadores do desenvolvimento da enfermagem de família, que se manifestam de forma semelhante ou distinta consoante os contextos e as características identitárias.

Assim, enquanto docente de enfermagem, a mudança constitui uma preocupação, acreditando que o trabalho, a reflexão e a experiência surgem como polarizadores de novos desenvolvimentos da formação, quer ao nível da formação pela experiência, na qual a interação, deliberadamente formativa, não é prioritária nem fundamental (Costa in: Mestrinho, 2012), quer ao nível dos contextos específicos, onde emerge a necessidade de uma análise particular e acompanhada dos processos de mudança para uma mudança efetiva.

2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem de família é cada vez mais divulgada na literatura em enfermagem, constituindo-se por uma prática cada vez mais alvitada nos diferentes contextos da clínica dos enfermeiros. Contudo, existem diferentes níveis da prática de enfermagem de família que traduzem diferentes tipos de abordagem dos enfermeiros nesses contextos.

Em CSP, nas atuais unidades funcionais de saúde (USF e UCSP) é preconizada uma prática assente na visão da família como cliente e alvo dos cuidados. Neste nível, não é suficiente que os enfermeiros integrem a família como contexto ou a envolvam como parceiros nos cuidados.

Para a referida prática, as políticas indicam a existência da figura do enfermeiro de família como sendo um profissional que integra uma equipa de saúde familiar (enfermeiro, médico e administrativo) e que se responsabiliza pela prestação de cuidados a um número limitado de famílias. Neste sentido, surge também a denominação de enfermeiro de família como método de organização dos cuidados.

Com este estudo, torna-se visível um distanciamento entre as orientações das políticas da saúde e da formação em enfermagem na construção das práticas de cuidados às famílias.

Alguns dos fatores que estruturam a produção de cuidados às famílias, identificados neste estudo, mostram que os requisitos necessários à implementação do método de enfermeiro de família, não foram adequados de forma equitativa nas diferentes unidades funcionais de saúde. Destacam-se: o número insuficiente de enfermeiros para a formação das equipas de saúde familiar (induzindo a que os enfermeiros não possuam um número limitado de famílias ou mesmo de utentes da sua responsabilidade), a inadequação dos recursos físicos (existindo unidades em que não existe um gabinete por enfermeiro) e a insuficiente formação dos enfermeiros para que possam incluir a família como alvo dos cuidados (enfermeiros que não possuem formação específica em enfermagem de família ou saúde familiar).

A análise dos fatores que influenciam o processo de cuidados às famílias e das intervenções em cuidados que os enfermeiros realizam, revela que os percursos experienciais dos enfermeiros (nomeadamente com a utilização do método de organização dos cuidados por enfermeiro de família) e a formação que possuem constituem eixos estruturantes na construção e produção das práticas em CSP.

Perante as conclusões apresentadas no ponto 1, pode-se considerar que os objetivos propostos para o desenvolvimento deste processo investigativo foram alcançados, emergem algumas implicações a nível das orientações políticas, da formação, da investigação e dos contextos da prática. Neste sentido, apresentam-se seguidamente algumas sugestões.

A nível das **orientações políticas**: a criação de um Programa Nacional de Saúde Familiar e a instituição de metas e estratégias direcionadas à família nos diferentes Programas Nacionais de Saúde existentes. Sugere-se também a redefinição de indicadores de resultado, nos contratos-programa, onde a visibilidade dos cuidados de enfermagem esteja presente.

À **Ordem dos Enfermeiros**: definir concretamente os conceitos de enfermeiro de família e enfermeiro de saúde familiar, à luz dos Padrões de Qualidade do Enfermeiro de Cuidados Gerais e dos Padrões de Qualidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Familiar, o regulamento das funções do enfermeiro especialista e do enfermeiro de

cuidados gerais, nas equipas de saúde familiar e evidenciar claramente os níveis da prática de enfermagem de família exigidos.

Constituindo os contextos específicos das unidades funcionais de saúde, uma complexidade social que integra não só os papéis dos diferentes atores, como também os percursos identitários dos enfermeiros sugere-se, para uma maior e equitativa melhoria na qualidade dos cuidados à família, que se repensem os modelos de desenvolvimento profissional dos enfermeiros que, embora concordante com a formação em contexto, exigem um acompanhamento sistemático da formação na e para a mudança pela academia.

Este acompanhamento faz prova das evidências já apresentadas por outros autores que comprovam que a mudança só se efetiva articulando-se as estratégias de formação com as de funcionamento dos próprios contextos e dos próprios atores, o que implica modelos de formação individualizados e refletidos.

Assim, propõe-se uma ação conjunta dos reguladores, docentes, gestores e dos próprios atores para uma estratégia conjunta, orientadora e integradora das necessidades e recursos específicos identificados para uma mudança efetiva na produção dos cuidados de enfermagem de família no contexto dos CSP.

A nível da **formação**, sublinha-se a necessidade de implementação de cursos de especialidade em enfermagem de saúde familiar, conforme Regulamento n.º 126/2011 e de cursos de mestrado em enfermagem de família. Contudo, vistos os contextos da prática não constituírem neste momento os requisitos essenciais para o desenvolvimento da figura do enfermeiro de família e, conseqüentemente, para a consolidação da formação dos enfermeiros, sugere-se que a formação pós-graduada (incluindo-se os cursos de pós-licenciatura, pós-graduação e mestrado) seja efetivada em contexto académico ou conduzida e orientada pela academia.

Constituindo os percursos individuais de socialização, processos formativos, impõem-se também, a articulação da formação com as situações particulares de trabalho, reconstruindo-se as situações de socialização em situações de formação, só possíveis se realizadas pelos e com os atores para a produção de mudança.

Na **prática clínica**, tendo-se constatado que a organização dos cuidados de enfermagem pelo método de enfermeiro de família influencia as intervenções dos enfermeiros no trabalho com famílias, as perceções, as motivações e as necessidades que os enfermeiros apresentam para uma melhor qualidade nos cuidados, sugere-se que esta metodologia seja um requisito das unidades USF e UCSP, para a organização dos cuidados, urgindo a necessidade de dotar as unidades funcionais com um número suficiente de enfermeiros, adequando-se ao número de equipas de saúde familiar.

Por outro lado, para a correta consecução deste método, a estrutura física destas unidades deve ser adaptada no sentido de permitir que as consultas de enfermagem se possam desenvolver, promovendo a personalização, a continuidade e a privacidade das famílias.

A nível quer da produção dos cuidados quer da documentação deles, evidencia-se a necessidade da implementação de um modelo conceptual orientador e facilitador do processo de cuidados à família.

A área da **investigação**, com a consciência que os resultados deste estudo não podem ser generalizados a todos os contextos similares, sugere-se a replicação deste estudo nas ARS do Norte e Sul do país.

Ao longo do processo investigativo, identificaram-se algumas limitações que podem ter influenciado os resultados deste estudo e que se passa a enunciar. O facto de a colheita de dados ter sido realizada num período de transição na reorganização dos CSP com a reforma em curso, que implicou, entre outras, a formação recente de novas equipas de saúde e de novas metodologias de trabalho, pode ter influenciado os resultados do estudo, uma vez que a maioria das unidades onde este foi desenvolvido estava ainda em adaptação inicial.

Outra das limitações que pode ter condicionado os resultados deste estudo consiste na crise económica que o país atravessa, imprimindo maior relevo à falta de adequação de recursos físicos e humanos nas unidades, às assimetrias de recursos entre unidades, bem como à falta de estabilidade, progressão na carreira e retribuição honorária. Estas constatações podem conferir aos atores deste estudo narrativas que demonstram desmotivação para o desenvolvimento da figura do enfermeiro de família (uma vez que esta figura é entendida por alguns participantes como aumento de trabalho), estando, no entanto, relacionadas com a conjuntura económica do país.

Como limitações pessoais na realização deste estudo estiveram a dificuldade em organizar este relatório, pela multiplicidade de dados obtidos a partir das múltiplas fontes e simultaneamente de diversos contextos e pela forte relação entre os diversos fatores identificados (como influenciadores no desenvolvimento do processo de cuidados às famílias) que imprimiu a necessidade de repetir achados e conclusões destes, ao longo de toda a tese, podendo vir a constituir uma dificuldade na leitura e análise.

Ao finalizar esta tese, apraz referir que os enfermeiros da ARS do Centro atribuem bastante importância à família nos cuidados, estão sensibilizados para o desenvolvimento da enfermagem de família e sugerem alternativas para os constrangimentos por eles percebidos, para que esta área se efetive nos CSP, defendendo-se como uma mais-valia para a qualidade dos cuidados e conseqüentemente de melhores resultados na saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências bibliográficas que se seguem encontram-se organizadas em duas secções: *Orientações legislativas e do processo de desenvolvimento da reforma dos CSP e Artigos, Livros e Teses.*

ORIENTAÇÕES LEGISLATIVAS E DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA REFORMA DOS CSP

Administração Central dos Sistemas de Saúde & Missão Para os Cuidados de Saúde Primários (2010). *Unidades de saúde familiar e unidades de cuidados de saúde personalizados: Metodologia de contratualização*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MetodologiaContratualiza%C3%A7%C3%A3o_USF_UCSP_2010.

Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários (2010). *Progresso da reforma dos cuidados de saúde primários: Relatório 1*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio_de_progressoversao03dez.pdf

Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários. (2011a). *A reforma e o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários numa perspectiva sistémica integrada*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/gape_do_ms_proposta_201120042027.pdf

Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários. (2011b). *Áreas de trabalho e objectivos 2011*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/areasdetrabalhoeobjectivoscsp_2011_v.2011.05.04.pdf

Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários. (2011c). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Relatório de progresso 2*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/relatorio_de_progresso_2_versao2011.05.04.pdf

Decreto nº 25:935 de 12 de Outubro de 1935. *Diário de Governo nº 237 – I Série*. Paços do Governo da Republica. Lisboa, Portugal.

Decreto nº 31:915 de 12 de Março de 1942. *Diário de Governo nº 58/42 – I Série*. Paços do Governo da Republica. Lisboa, Portugal.

Decreto nº 32:612 de 31 de Dezembro de 1942. *Diário de Governo nº 302/42 – I Série*. Ministério do Interior, Sub-Secretariado da Assistência Social. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 32 651, de 2 de Fevereiro de 1943. *Diário de Governo nº 26 – I Série*. Ministério do Interior, Paços do Governo da Republica. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945. *Diário de Governo nº 247 – I Série*. Ministério do Interior. Lisboa, Portugal.

Decreto nº 46 448 de 20 de julho 1965. *Diário de Governo nº 160/65 - I Série*. Ministério da Saúde e da Assistência. Lisboa, Portugal.

Decreto-lei nº 48:166 de 27 de Dezembro de 1967. *Diário de Governo nº 299/67 - I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 102/71 de 24 de Março. *Diário de Governo nº 70/71 – I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro. *Diário de Governo nº 228/71 - I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal

Decreto-Lei nº 414/71 de 27 de Setembro. *Diário de Governo nº 228/71 - I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.

Decreto-lei nº 310/82 de 3 de agosto. *Diário da Republica nº 177/82 - I Serie*. Ministério dos Assuntos Sociais; Ministério das Finanças e do Plano; Ministério da Reforma Administrativa. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 346/72 de 30 de Agosto. *Diário de Governo nº 202/72 - I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 351/72 de 8 de Setembro. *Diário de Governo nº 210/72 – I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de Novembro. *Diário da Republica nº 261/81 – I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais; Ministério das Finanças e do Plano; Ministério da Reforma Administrativa. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 254/82 de 29 de Junho. *Diário de Governo nº 147/82 – I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa, Portugal

Decreto-Lei nº 74-C/84 de 2 de Março. *Diário da República nº 53/84 – I Série*. Presidência do Conselho de Ministros; Ministérios das Finanças e do Plano de Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro. *Diário da República nº 295/88 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro. *Diário da República nº 257/91 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-lei nº 11/93 de 15 de Janeiro. *Diário da República nº 12/93 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República nº 205/96 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Diário da Republica nº 93/98 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 156/99 de 10 de Maio. *Diário da Republica nº 108/99 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio. *Diário da Republica nº 108/99 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 de Abril. *Diário da Republica nº 77D/2003 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-lei nº 281/2003 de 8 de Novembro. *Diário da Republica nº 259/2003 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

- Decreto-Lei nº 206/2004 de 19 de Agosto. *Diário da Republica nº 195D/2004 – I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 88/2005 de 3 de Junho. *Diário da Republica nº 107/2005 - I Série A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto. *Diário da Republica nº 161/2007 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. *Diário da Republica nº 38/2008 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 81/2009 de 2 de Abril. *Diário da Republica nº 65/2009 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 253/2012 de 27 de Novembro. *Diário da Republica nº 229/2012 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei nº 118/2014 de 5 de Agosto. *Diário da Republica nº 149/2014 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho Normativo 97/83 de 22 de Abril. *Diário de Governo nº 93/83 - I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa, Portugal.
- Despacho Normativo nº 46/97 de 8 de Agosto. *Diário da República nº182/97 - I Série B*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril. *Diário da República nº74/2009 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 9/2006 de 16 de Fevereiro. *Diário da República nº 34/2006 - I Série B*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 10/2007 de 26 de Janeiro. *Diário da República nº 19/2007 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 24 101/2007 de 22 de Outubro. *Diário da República nº 203/2007 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 10142/2009 de 16 de Abril. *Diário da Republica nº 74/2009 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 5 de 15/2011 de Março. *Diário da República nº 52/2011 - II Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 13312/2011 de 4 de Outubro. *Diário da Republica nº 191/2011 - II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 10321/2012 de 1 de Agosto. *Diário da Republica nº 148/2012 - II Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2012a). *Papel do enfermeiro de saúde familiar nos CSP: Pressupostos para a sua implementação*. Recuperado de <http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/22papeldoenfermeirodesaudefamiliarnoscsp.pdf>

- Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2012b). *Quadro de orientação estratégica para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Recuperado de http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/1quadrodeorientaoestrategicaparaodesenvolvementodoscsp_2012.09.30_2.pdf
- Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. (2012c). *Análise Swot e recomendações para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2-analiseswot_desenvolvementocsp-2012.09.30.pdf
- Lei nº 56/79 de 15 de Setembro. *Diário da República n.º 214/79 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Lei nº 48 de 24/90 de 24 de Agosto. *Diário da Republica nº 195/90 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Ministério da Saúde, & Escola Nacional de Saúde Pública. (2011). *Monitorização do desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários: 1º quadrimestre 2011 (Abril): Questionário aos presidentes dos conselhos da comunidade*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/cons_comunidade_completo.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006a). *Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários*. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006b). *Indicadores de desempenho para as unidades de saúde familiar*. Recuperado de http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/3FADF4DA-34C3-4F3C-895C_F07AE7AC51A3/3769/IndicadoresUSFM CSP2006412.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Reforma dos cuidados de saúde primários: Plano estratégico 2007-2009*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano_Estrategico_2007_2009.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008a). *Agrupamento de Centros de Saúde: Unidade de cuidados de saúde personalizados*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ACES_UCSP.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2008b). *Agrupamento de Centros de Saúde (ACES): Linhas de acção para a sua Implantação e desenvolvimento (Documento de trabalho)*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/3_ACES_Como_implementar.pdf
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2008c). *Sucessos e problemas das unidades de saúde familiar: Um estudo qualitativo*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf
- Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2010). *Reforma dos cuidados de saúde primários: Plano estratégico 2010-2011*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/planomcsp2010_2011.pdf
- Plano nacional de acção para a inclusão (PNAI): Portugal 2003-2005*. (2003). Recuperado de http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/pt_nap_2003_pt.pdf

- Portaria nº 22 539 de 27 de Fevereiro de 1967. *Diário do Governo nº 49/67 - I Série*. Ministério da Assistência. Lisboa, Portugal.
- Portaria nº 22 874 de 6 de Setembro de 1967. *Diário do Governo nº 208/67 - I Série*. Ministério da Saúde e da Assistência. Lisboa, Portugal.
- Portaria nº 34/70 de 14 de Janeiro. *Diário do Governo nº 11/70 - I Série*. Ministério da Saúde e da Assistência. Lisboa, Portugal.
- Portaria nº 260/73 de 23 de Março. *Diário do Governo nº 86/73 - I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.
- Portaria nº 269/73 de 12 de Abril. *Diário do Governo nº 87/73 - I Série*. Ministério da Saúde e Assistência. Lisboa, Portugal.
- Portaria nº 28/81 de 13 de Janeiro. *Diário de Governo nº 10/81 - I Série*. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa, Portugal.
- Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro. *Diário da República nº 201/2007 - I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Portaria nº 301/2008 de 18 de Abril. *Diário da República nº 77/2008 - I Série*. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Programa do XVII Governo: 2005-2009*. (s.d.). Recuperado de <http://www.oei.es/quipu/portugal/ProgramaGovernoXVIICompleto.pdf>
- Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35/2011 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 4 de Dezembro. *Diário da República nº 280/98 - I Série B*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 50/2004 de 13 de Abril. *Diário da República nº 87/2004 - I Série B*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de Outubro. *Diário da República - I Série B*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 60/2007 de 24 de Abril. *Diário da República nº 80/2007 – I Série*. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal.

ARTIGOS, LIVROS E TESES

- Alarcão, M. (2000). *(Des)equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Ângelo, M. (1999). Abrir-se para a família: Superando desafios. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1(1/2), 7-14. Recuperado de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4882/3729>
- Ângelo, M., & Bousso, R. S. (2001). Fundamentos da assistência a família em saúde. In Ministério da Saúde (Ed.), *Manual de enfermagem*. São Paulo, Brasil: Autor.

- Arnaut, A. (2009). *Serviço nacional de saúde: 30 anos de resistência*. Coimbra, Portugal: Coimbra Editora.
- Bell, J. M., Watson, W. L., & Wright, L. M. (Eds.). (1990). *The cutting edge of family nursing*. Calgary, Canada: Family Nursing Unit Publications.
- Bell, J. M. (2013). Highlights from the 11th International Family Nursing Conference, Minneapolis, Minnesota, USA, June 19-22, 2013 [Editorial]. *Journal of Family Nursing*, 19(3), 291-294. doi:10.1177/107484071350022
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., & Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. doi: 10.1177/1074840708317058
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., & Elliott, M. R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centered care. *Journal of Family Nursing*, 8(4), 408-429. doi: 10.1177/107484002237515
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Padrões Culturais Editora.
- Carapinheiro, G. (2006). A saúde enquanto matéria política. In G. Carapinheiro (Org.), *Sociologia da saúde: Estudos e perspectivas* (pp. 137-164). Coimbra, Portugal: Pé de Página Editores.
- Carrondo, F. S. (2006). *A Reforma da previdência social de 1962 na institucionalização do estado-providência em Portugal* (Tese de mestrado). Recuperado de <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/710>
- Carvalho, J. A. A. (2010). *Percursos e evolução da enfermagem em Portugal*. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1862/2/PG_17193.pdf
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida, da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Couto, A.J. (2000). *Crenças, atitudes e comportamentos na gravidez: Contributo da psicologia da saúde para o estudo da sua relação*. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/1002>
- Costa, A. (1965). *Enfermagem: Guia da enfermagem profissional e auxiliar do médico prático* (6ª ed., Vol. 1). Coimbra, Portugal: Livraria Mura Marques.
- Costa M. A. (2012). Prefácio. In Mestrinho, M. G. (Ed.), *Ensino de enfermagem: Caminhos de mudança na formação de professores* (p. VII-X). Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Costa, M. A. (2006a). *Cuidar idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: EDUCA; Coimbra, Portugal: FORMASAU.

- Costa, M. A. (2006b). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados* (2ª ed). Lisboa, Portugal: Fim de Século.
- Costa, M. (2009). *Aprender a cuidar: consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante*. In: Colectânea Enfermagem e úlceras por pressão. Da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados. Islas Canarias: Grupo ICE.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2008). *O planeamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- d'Espiney, L. M. (2010). *Enfermeiros nas comunidades: Produção de cuidados e reconstrução identitária* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/3394>
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Versão completa*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ellis, J. R., & Hartley, C. L. (1998). *Enfermagem contemporânea: Desafios, questões e tendências* (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Ferreira, A. I., & Martinez, L. F. (2008). *Manual de diagnóstico e mudança organizacional*. Lisboa, Portugal: RH.
- Figueiredo, M. H. (2009) *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Freitas, A. P. (2009). Avaliação e intervenção de enfermagem de família nos CSP na RAM. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, ... M. R. Santos (Eds.), *Da investigação à prática de enfermagem de família* (pp. 24-33). Recuperado de http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf
- Friedman, M. (1998). *Family nursing: Research, theory and practice* (4th ed.). Connecticut, USA: Appleton & Lange.
- Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice*. Upper Saddle River, USA: Prentice Hall/Pearson Education.
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía Y diseno cualitativo investigacion educativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2011). *Psicologia: Serviço de educação e bolsas* (9ª ed.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Graça, L., & Henriques, A. I. (2000). *Evolução da prática e do ensino da enfermagem em Portugal*. Recuperado de <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos62.html#2>
- Graveto, J., & Silva, M. A. (2008). Modelo conceptual versus modelo oculto para a (na) prática da enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 67-70. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_67-70.pdf
- Hanson, S. M. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria prática e investigação* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2001). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, España: Masson.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (1977). *Curso de Enfermagem*. Lisboa, Portugal.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (1988). *Curso de Enfermagem Geral. Plano de Estudos e Programas*. Lisboa, Portugal.
- Lima, M. L. P. (2010). Atitudes: Estrutura e mudança. In J. M. Vala (Ed.), *Psicologia social* (8ª ed., pp.187-225). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Maciel, C. M. (2011). *Mudança organizacional e liderança em enfermagem* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10773/7516>
- Melo, M., & Sousa, J. C. (2011). Os Indicadores de desempenho contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da reforma. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(1), 28-34.
- Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: Na expanded* (2ª ed.). Thousand Oaks, USA: Sage.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2003). *Técnicas de terapia familiar* (2ª. ed.). Porto Alegre, Brasil : Artes Médicas.
- Maturana, H., & Varela, F. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston, USA: Shambhala.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Martins, M. M. (2004). *O adulto doente e a família uma parceria de cuidados* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/64647>
- Martins, M. M., Martinho, M. J., Ferreira, M. R., Barbieri-Figueiredo, M. C., Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., ... Carvalho, J. C. (2010). Enfermagem de família: Atitudes dos enfermeiros face à família: Estudo comparativo nos CSP e no Hospital. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, ... J. C. Carvalho (Eds.), *Redes de conhecimento em enfermagem de família* (pp. 20-33). Recuperado de http://www.esenf.pt/fotos/editor2/redes_de_conhecimento_enfermagem_de_familia.pdf
- Martín-Caro, C. G., & Martín, M. L. (2001). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermo*. Madrid, España: Harcourt.

- Marriner, A. (1989). *Modelos y teorías de enfermería*. Barcelona, España: Ediciones ROL.
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2009). *Bases teóricas para enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5ª ed.). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Neves, M. M.. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), p. 125-134. doi: 10.12707/RIII11124
- Neves, M. M., Tanqueiro, M. T., Verissimo, M. C., & Sila, M. A. (2013). O conceito de equipa no contexto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2(2), p. 65-70.
- Nogueira, M. (1990). *História da enfermagem* (2ª ed.). Porto, Portugal: Edições Salesianas.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003). *Relatório de Primavera 2003: Saúde: Que rupturas?: Síntese*. Recuperado de http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2003_OPSS.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2009). *Relatório de Primavera 2009: 10/30 Anos: Razões para continuar*. Recuperado de http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). *Desafios em tempos de crise: Relatório de Primavera 2010*. Recuperado de http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2011). *Relatório de Primavera 2011: Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*. Recuperado de http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2012). *Crise e saúde: Um país em sofrimento: Relatório de primavera 2012*. Recuperado de <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2013). *Duas faces da saúde: Relatório de primavera 2013*. Recuperado de http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2014). *Saúde: Síndrome de negação: Relatório de primavera 2014*. Recuperado de <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>
- Oliveira, A. (2002). Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso: Trabalho de vanguarda na promoção da saúde. *Revista Médico de Família*, 28, 68-72.

- Oliveira, R. G., & Marcon, S. S. (2007). Opinião de enfermeiros acerca do que é trabalhar com famílias no programa saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 431-438. doi: 10.1590/S0104-11692007000300011
- Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Santos, M. R., Andrade, L. M., . . . Martins, M. M. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família nos CSP: Validação da escala IFCEAE. In M. C. Barbieri, M. M. Martins, M. H. Figueiredo, M. J. Martinho, L. M. Andrade, P. C. Oliveira, . . . M. R. Santos (Eds.), *Da investigação à prática de enfermagem de família* (pp. 34-49). Recuperado de http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2042243075/%5Be-book%5D%20Enfermagem%20de%20Familia.pdf
- Oliveira, P. C., Fernandes, H. I., Vilar, A. I., Figueiredo, M. H., Ferreira, M. M., Martinho, M. J., . . . Martins, M. M. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1331-1337. doi: 10.1590/S0080-62342011000600008
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *A cada família o seu enfermeiro*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. (2011c). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar como referencial em enfermagem de saúde familiar*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da saúde nos países industrializados*. Recuperado de http://www.google.pt/url?url=http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/2_ottawa_nesase_semlogo.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=8uDIVP2RNoHtULW9hKAI&ved=0CB8QFjAC&usq=AFQjCNEK3f-wqGFBxaokA-reWkPUw2CM-Q
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Saúde 21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Organização Mundial de Saúde (Ed.). (2005). *6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 2005*. Bangucoque, Tailândia: Autor.
- Peixoto, M. J., & Martins, T. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 372-388. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a17.pdf>

- Pereira, F. M. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/7182>
- Pimentel, I. F. (1999). A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40. *Análise Social*, 34(151-152), 477-508.
- Poupart, J., Deslauries, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (2012). *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos* (3ª ed.). Petropolis, Brasil: Vozes.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias: Discursos e perspetivas em terapia familiar*. Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Rocha, P. M., & Sá, A. B. (2011). Reforma da saúde familiar em Portugal: Avaliação da implantação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2853-2863. doi: 10.1590/S1413-81232011000600023
- Rodrigues, C. (1998). *Motivação*. Porto, Portugal: Contraponto.
- Salgueiro, N. (1998). Serviço domiciliário hospitalar: Das brigadas de educação sanitária da família ao serviço domiciliário dos HUC. *Referência*, 1, 85-87.
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (2005). *Terapia familiar* (6ª ed.). Porto, Portugal: Edições Afrontamento.
- Santos, M. L. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/6979>
- Santos, O., Biscaia, R., Antunes, A. R., Craveiro, I., Junior, A., Caldeira, R., & Charondièrre, P. (2007). *Os centros de saúde em Portugal: Determinantes da satisfação com o funcionamento actual & prioridades de reforma: Uma abordagem qualitativa*. Recuperado de http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Estudo_CS_Portugal.pdf
- Segaric, C., & Hall, W. (2005). The family theory: Practice gap a matter of clarity? *Nursing Inquiry*, 12(3), 210-218.
- Soares, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa, Portugal: Educa; Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Silva, A. I. (2008). *A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Silva, M. A. (2004). *A construção das práticas de enfermagem pelos recém-formados: Experiências e vivências em contexto de trabalho* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/9735>
- Silva, M. A., Costa, M.A., & Martins, M. M. (2013). A família em cuidados de saúde primários: Caracterização das atitudes dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), p. 19-28. doi: 10.12707/RIII13105
- Silva, M. C., Silva, L., & Bousso, R. S. (2011). A abordagem à família na estratégia saúde da família: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1250-1255. doi: 10.1590/S0080-62342011000500031

- Stake, R. E. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Teixeira, L. (2012). *A reforma do centro de saúde: Percursos e discursos*. Lisboa, Portugal: Mundos Sociais.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Vaughan-Cole, B. J. (1998). Family systems theory for nursing practice. In B. J. Vaughan-Cole, J. Malone, & B. Walker (Eds.), *Family nursing practice* (pp. 19-37). Philadelphia, USA: WB Saunders Company.
- Viegas, V., Frada, J., & Miguel, J. P. (2006). *A Direcção-Geral da Saúde: Notas históricas*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-direccao-geral-da-saude-notas-historicas-pdf.aspx>
- Vital, E., & Teixeira, J. (2012). Cuidados de Saúde Primários: As regras do jogo. *Saúde & Tecnologia*, 7, 9-17.
- Wall, K. (1995). Apontamentos sobre a família na política social portuguesa. *Análise Social*, 30(131-132), 431-458.
- Wall, K. (2004). Políticas familiares. Associação Portuguesa de Sociologia. Edição on-line da Revista Com(m)textos de sociologia N°3/2004, Notes de Sociologia (200). Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Wernet, M., & Ângelo, M. (2003). Mobilizando-se para a família: Dando um novo sentido à família e ao cuidar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 19-25. doi: 10.1590/S0080-62342003000100003.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2000). *Munich declaration: Nurses and midwives: A force for health*. Copenhagen, Denmark: Author.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção familiar*. Lisboa, Portugal: Roca.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia, USA: FA Davis Company.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: Planeamento e métodos* (4ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Bookman.

ANEXOS

ANEXO 1 - Autorização da ARS para a realização do estudo empírico



040061 '10 12-06 10:56

Exm.^a Senhora
Enf.^a Margarida Alexandra NG Martins
Silva
Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra
Rua 5 de Outubro – Apartado 7001
3046-851 Coimbra

Sua referência Sua comunicação Nossa referência Data

ASSUNTO: *A importância que os enfermeiros atribuem ao envolvimento das famílias nos cuidados de enfermagem em CSP*

Reportando-nos ao assunto mencionado em epígrafe, informa-se V. Ex.^a, que a Comissão de Avaliação de Pedidos de Patrocínio Científico e Autorização de Estudos da ARSCentro, I.P., emitiu a deliberação que seguidamente se transcreve:

“ Perante o presente protocolo, a Comissão de APPCAE nada obsta.
Ass: Luiz Santiago
Data: 11/11/2010”

Com os melhores cumprimentos

O Vice-Presidente do Conselho Directivo

(Dr. Mário Rui Ferreira)

MRF7CMB

ANEXO 2 - Questionário para caracterização das atitudes dos enfermeiros da ARS do Centro

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário é constituído por duas partes. Na Parte I, encontram-se questões de caracterização dos participantes, nomeadamente elementos demográficos e profissionais. Na Parte II, apresenta-se a escala: "A importância das famílias nos cuidados de enfermagem - Atitudes dos Enfermeiros (*FINC-NA*)" (Oliveira *et al.*, 2009). Esta consiste num número de afirmações gerais sobre a importância da família nos cuidados de enfermagem. As afirmações são similares mas não idênticas. Não estão descritas por uma ordem particular. Por favor, responda a estas afirmações colocando uma cruz na opção que melhor descreve a sua opinião em resposta a cada afirmação.

Significados dos termos:

Família - por família entende-se: membros de família, amigos, vizinhos ou outros significantes;

Método funcional - Modo de organização do trabalho por tarefas, em que cada enfermeiro se responsabiliza pela concretização de determinadas atividades e não por utentes ou famílias;

Método de equipa - Os cuidados são distribuídos por um líder da equipa de enfermagem, tendo em conta as competências de cada enfermeiro que integra a equipa;

Método de enfermeiro de família - Cada enfermeiro é responsável por um determinado número de famílias ou por um ficheiro de utentes a quem presta cuidados.

I - PARTE

1. Agrupamento/ULS _____
2. Centro de Saúde _____
3. Data de nascimento _____
4. Género : Masculino Feminino
5. Tempo de Exercício Profissional _____
6. Tempo de Exercício Profissional em Cuidados de Saúde Primários _____
7. Categoria Profissional _____
8. Ano de conclusão do Curso de Enfermagem _____
9. Habilitações Académicas _____
10. Possui Curso de Especialidade ou equivalente? _____ Se sim, em que área?

11. Em que tipo de Unidade Funcional trabalha?
USF UCSP UCC JSP OUTRA _____
12. Na Unidade Funcional onde trabalha, qual o método de trabalho?
Método funcional Método de equipa
Método de enfermeiro de família
13. Possui formação em Enfermagem de Família? _____
14. Se respondeu sim, a formação foi realizada em contexto:
Académico
Formação continua
Proporcionada pela ARSC
Processo de autoformação

A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA) Versão Original: Bezein, E; Johansson, P; Saveman, BI (2008)
Versão Portuguesa: Barbieri, MC; Martins, MM; Figueiredo, MH; Martinho, MJ; Andrade, L; Oliveira, P; Fernandes, I; Vilar, AI; Carvalho, JC; Santos, MR (2009)

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das afirmações.

		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1	É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4	Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).				
6	No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança				
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.				
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11	Os membros da família devem ser convidados a participar activamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.				
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
15	Convido os membros da família a participar activamente nos cuidados ao utente.				
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18	Considero os membros da família como parceiros				
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22	É importante dedicar tempo às famílias.				
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar planeamento dos cuidados.				
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.				
26	A presença de membros da família deixa-me em stress.				

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 3 - Autorização dos ACES para a realização do estudo empírico

Por questões éticas foram retirados os dados de identificação dos ACES. Os documentos originais encontram-se na posse do investigador.

DECLARAÇÃO

MARIA ISABEL DOMINGUES POÇAS SANTOS, DIRETORA EXECUTIVA DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE

Declara para os devidos efeitos que, MARGARIDA ALEXANDRA NUNES CARRAMANHO GOMES MARTINS MOREIRA DA SILVA, na sequência da deliberação de 2010-11-11 da Comissão de Avaliação de Pedidos de Patrocínio Científico e Autorização de Estudos da ARSC, I.P., realizou entre Março e Abril de 2012, um total de nove entrevistas a enfermeiras das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados de
no âmbito da segunda fase do projecto de doutoramento.

Por ser verdade e me haver sido pedida, passo a presente declaração que vai por mim assinada e autenticada com o selo branco desta Instituição.

aos cinco do mês de
Março de 2015.



Maria Isabel Poças
DIRETORA EXECUTIVA

Exma. Senhora
Professora Adjunta da Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra
Av. Bissaya Barreto - Apartado 7001
3046-851 Coimbra

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

1905

22/11/2011

ASSUNTO: "Autorização para realizar as entrevistas e observação"

Na sequência do pedido efectuado por V. Ex.^a, sou a informar, que nada tenho a opor, devendo no entanto, dar a conhecer ao ACES os resultados do estudo, com o objectivo da melhoria das práticas de enfermagem.

Com os melhores cumprimentos,

O Director Executivo



Rui Resendes do Couto

ANEXO 4 - Guião das entrevistas

GUIÃO DA ENTREVISTA

Gostava que me falasse sobre a evolução que se tem dado nesta reforma dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente nas USF e UCSP quanto à organização dos cuidados de enfermagem.

Quais considera serem os aspetos mais interessantes desta organização?

Há algum aspeto menos interessante que queira referir?

Considera que, desta forma, é mais fácil que os cuidados de enfermagem sejam dirigidos à família?

Na sua opinião, as dinâmicas dos cuidados às famílias estão mais facilitadas nas USF do que nas UCSP? Por que razões?

Quais os fatores que considera mais facilitadores no processo de cuidados às famílias?

Considera que existem programas de saúde mais facilitadores do envolvimento da família nos cuidados? Quer referenciar alguns? Que mais-valia lhes encontra?

Na sua opinião, as equipas de enfermagem estão motivadas para o desenvolvimento da enfermagem de família? Como é que isso se nota?

Para si, quais os aspetos facilitadores e dificultadores do envolvimento da família nos cuidados?

Considera que existem dificuldades relacionadas com a documentação das intervenções? A que nível e quais as consequências?

Se pudesse mudar alguma coisa na atual situação de cuidados de enfermagem às famílias, o que é que mudava?

E aqui nesta unidade de saúde, fazia algumas alterações? Quais?

Gostaria ainda de referir alguma coisa que eu não tenha perguntado e que ache que é importante?

