

Leila Catarina Pereira Miranda

Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de
Enfermagem de Família

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2015

Leila Catarina Pereira Miranda

Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de
Enfermagem de Família

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade das Ciências da Saúde

Porto, 2015

Leila Catarina Pereira Miranda

Percepção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de
Enfermagem de Família

Leila Catarina Pereira Miranda

Projeto de Graduação apresentado
à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção
do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Resumo

Com o presente estudo pretendeu-se conhecer a Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família

Este estudo emergiu das perguntas de investigação: “Qual a Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família?”, para tal delinearam-se os seguintes objetivos:

- Conhecer a perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar sobre a metodologia da Enfermagem de Família;
- Identificar se os enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar reconhecem na prática atual dos cuidados as competências dos enfermeiros de família;
- Conhecer a importância que os enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar atribuem ao papel da enfermagem de família;
- Identificar os fatores que facilitam/dificultam a implementação da enfermagem de família;

A metodologia utilizada teve um caráter exploratório descritivo com base numa abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por cinco enfermeiras de uma USF do ACES de Gondomar, à qual foi aplicado um formulário e uma entrevista semiestruturada, tendo-se concluído que a metodologia da Enfermagem de Família ainda não é bem compreendida pelas enfermeiras que trabalham numa das USF do ACES de Gondomar dado entenderem a metodologia científica da Enfermagem de Família como algo não muito necessário mas em contrapartida valorizam muito o estarem atentas e voltadas para o cuidar da pessoa e não da família.

Entendo, no entanto, que há um largo caminho a fazer e que com o tempo e empenho de todos chegaremos a alcançar o objetivo de cada família ter o seu Enfermeiro.

Summary

With the aim of the present study was to get to know the Perceiving than of nurses from a USF ACES of Gondomar on the methodology of Family Nursing. This study emerged from the research questions: “What is the Perceiving than of nurses from a USF ACES of Gondomar on the methodology of Family Nursing?”, for this where outlined the following objectives:

- Know the perceiving than of nurses from a USFACES Gondomar on the methodology of Family Nursing;
- Identify whether nurses of a USF ACES Gondomar recognize the current practice of care skills of nurses of family;
- Understand the importance that the nurses of a USF ACES Gondomar you attach to the role of family nursing;
- Identify the factors that facilitate/ hinder the implementation of family nursing;

The methodology used was a trap an exploratory descriptive based on a qualitative approach. The sample was composed of five nurses from a USF ACES of Gondomar, to which has been applied a form and a semistructured interview, and it is concluded that the methodology of Family Nursing is not yet well understood by nurses who work in on of the USF ACES of Gondomar given to understand the scientific methodology of the nursing family as not target multinecessario but in return much value to be alert and focused on the care of the person and not the family.

I believe, however, that there is a long way to do it and the time and commitment of all get to achieve the objective of each family have your Nurse.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu querido irmão Fábio Miranda que, para mim, foram sempre e representam o símbolo de amor, serenidade, força e empenho.

O meu maior e sincero Obrigada!

Pensamento

*“A enfermagem é uma arte; e como arte requer
uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,
como a obra de qualquer pintor ou escultor.*

*Mas o que é tratar da tela inerte ou do frio mármore comparado
ao tratar do corpo vivo - o templo de espírito de Deus?
É uma das mais belas artes, eu quase diria, a mais bela de todas.”*

(FLORENCE NIGHTINGALE-1860)

Agradecimentos

Ao chegar ao fim de uma das mais importantes etapas da minha vida, a concretização de um sonho “ser enfermeira”, sinto necessidade de partilhar este momento de felicidade com as pessoas que me acompanharam e apoiaram. Além disso quero apresentar-lhes o meu sincero agradecimento.

À Professora Alice Martins, orientadora deste Projeto, pelo acompanhamento, disponibilidade, interesse e atenção prestada, assim como pelo seu simplismo e sensatez.

À Professora Amélia José, co-orientadora deste Projeto pela total disponibilidade, apoio, paciência, motivação e transmissão de conhecimentos.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, força, confiança que depositaram em mim, e ainda pelos sacrifícios que fizeram para que este sonho fosse possível, com amor lhes agradeço e a eles lhe devo tudo quanto sou.

Ao meu padrinho, que mesmo estando noutra lugar, esteve sempre presente no meu coração.

Ao meu irmão, Fábio Miranda por me ter dado força e ter tido paciência ao longo desta árdua caminhada.

À minha melhor amiga Mariana Ribeiro pois sempre foi um pilar na minha vida, por estar sempre ao meu lado quando mais precisei. Aos meus restantes amigos, que não contribuindo diretamente para a construção deste Projeto, se tornaram pilares essenciais, pelo apoio, incentivo e compreensão, quando confrontados com os momentos de frustração e indecisão suscitados ao longo desta árdua caminhada.

A ti, pelo companheirismo, por escutares os meus desabafos, pelas palavras de carinho, compreensão e incentivo.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização e valorização deste Projeto.

A todos o meu Muito Obrigada!

Índice

0 – Introdução -----	15
I - Fase Concetual -----	17
1.1 - Problema de Investigação -----	17
1.2 - Pergunta de Partida -----	18
1.2.1 - Questões de Investigação -----	18
1.3 - Objetivos de Investigação -----	18
1.3.1 - Objetivos gerais-----	19
1.3.2 - Objetivos específicos-----	19
1.4 - Matriz Teórica-----	19
1.4.1 - Perceção -----	20
1.4.2 - Enfermagem de Família -----	21
1.4.3 - Contextualização socio-histórica -----	29
1.4.4 - Mudanças sociodemográficas -----	29
1.4.5 - Mudanças técnicas – científicas e políticas-----	31
1.4.6 - Competências da Enfermagem de Família-----	33
1.4.7 - Formação em Enfermagem de Família -----	36
II- Fase Metodológica -----	39
2.1 - Desenho de Investigação -----	40
2.1.1 - Meio -----	40
2.2 - Tipo de estudo-----	41
2.3 - População e amostra-----	41
2.4 - Instrumento de recolha de dados -----	43
2.4.1 - Pré- Teste -----	43
2.5 - Tratamento de dados -----	44
2.6 - Considerações Éticas -----	45
III- Fase Empírica -----	47
3.1 - Apresentação e análise dos dados -----	47
3.2 - Discussão de Resultados -----	58
IV - Conclusão -----	60
Referencias Bibliográficas -----	61
Anexos -----	66

Abreviaturas e Siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

Cit. - Citado

DGS - Direção Geral de Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem Porto

ICNP - International Classification for Nursing Practice

MCAF - Modelo Calgary de Avaliação Familiar

MCSP- Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MCIF - Modelo Calgary de Intervenção Familiar

MDAIF - Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde

p. - Página

pp. - Páginas

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

Séc. - Século

USF - Unidade de Saúde Familiar

UCC - Unidade de Cuidados à Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados Personalizados

USP - Unidade de Saúde Pública

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

UAG- Unidade de Apoio à Gestão

Índice de Figuras

Figura 1 - A enfermagem de família sobre alçada do "Guarda-Chuva" da saúde pública e dos CSP.....	28
---	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Características socioprofissionais da amostra	42
Quadro 2 - Categorias e subcategorias das unidades de registo	47
Quadro 3 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Ser Responsável por.....	48
Quadro 4 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Formação.....	49
Quadro 5 - apresentação das unidades de registo para a categoria Prestação de cuidados globais e holísticos	50
Quadro 6 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Trabalho em equipa	51
Quadro 7 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Insuficiência de Recursos	53
Quadro 8 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Enfermeiro como referencia	54
Quadro 9 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Promoção da saúde	56

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Projeto de Graduação e Investigação, do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem, pela Universidade Fernando Pessoa, a realização deste trabalho tem como objetivos académicos, aplicar conhecimentos adquiridos no âmbito da Investigação, ser objeto de avaliação e desenvolver conhecimentos sobre o tema em estudo.

Na realização deste estudo o problema de investigação surge após uma revisão bibliográfica pertinente sobre a metodologia de Enfermagem de Família.

O tema deste trabalho é “Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família”.

A pergunta de partida que surgiu após a escolha do tema foi: “Qual a Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família?”

O trabalho de investigação foi realizado com base numa abordagem qualitativa, de carater exploratório-descritivo.

A população alvo do presente estudo, é constituída por cinco enfermeiras de uma USF do ACES de Gondomar.

O presente estudo é composto por três partes fundamentais para além da introdução:

A primeira refere-se à fase conceptual, onde se efetua o enquadramento teórico da temática, integrando a escolha e justificação do tema, objetivos e questões de investigação. Segue-se a fase metodológica, onde se descreve todo o procedimento metodológico. E por fim a fase empírica com a análise dos dados, discussão dos resultados e conclusão

São diversos os termos propostos para a Enfermagem de Família, nomeadamente “Enfermagem de promoção da saúde familiar”, “Enfermagem de cuidados de saúde às famílias”, “Enfermagem familiar”, “Enfermagem dos sistemas familiares” e ainda “Enfermagem comunitária centrada na família”. O termo mais consensual e aquele que parece traduzir com maior exatidão os pressupostos dos cuidados de enfermagem à

família é “Enfermagem de Família”, sendo que este será o utilizado no decorrer deste projeto de investigação (Figueiredo, 2009).

A profissão de enfermagem desde sempre se preocupou com a integração da família nos cuidados de saúde. O conceito de família traduz uma relação baseada na confiança, suporte mútuo e destino comum entre diversos elementos. A família é, frequentemente considerada como a célula fundamental da sociedade com quem estabelece relações de influência recíprocas. A dinâmica e estrutura do seio familiar são elementos essenciais para o crescimento saudável do sistema familiar. Este tem a capacidade inequívoca de influenciar os seus membros individualmente, nomeadamente nos comportamentos em saúde e em sociedade, da mesma forma que cada elemento influencia o sistema familiar nos diversos comportamentos (Figueiredo & Martins, 2009).

O enfermeiro de família deve ter um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde, resolução dos problemas e reconhecimento de fatores que interferem e que prejudicam ou não o seio familiar (OMS, 2000).

O “Enfermeiro de Família”, como modelo organizativo de cuidados, é, inquestionavelmente, uma mais-valia no âmbito da qualidade dos cuidados prestados à população, com ênfase para a efetividade, proximidade e acessibilidade. Tem vindo a ser implementado em vários países, e atualmente, é uma realidade que começa a ser regulamentada em Portugal com a aprovação da legislação enquadradora.

Nesse sentido, é relevante conhecer “Qual a Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família”.

As conclusões que ressaltam deste projeto é que a metodologia da Enfermagem de Família ainda não é bem compreendida pelas enfermeiras que trabalham numa das USF do ACES de Gondomar dado entenderem a metodologia científica da Enfermagem de Família como algo não muito necessário mas em contrapartida valorizam muito o estarem atentas e voltadas para o cuidar da pessoa e não da família.

Entendo, no entanto, que há um largo caminho a fazer e que com o tempo e empenho de todos chegaremos a alcançar o objetivo de cada família ter o seu Enfermeiro.

I - Fase Concetual

A realização de um trabalho de investigação consiste em três fases fundamentais, onde a primeira se domina de fase concetual. É na fase concetual “ (...) que o investigador, elabora conceitos, formula ideias e recolhe documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema” (Fortin,2009, p.49).

1.1 - Problema de Investigação

O problema de investigação é uma questão que requer uma solução devendo ser objeto de discussão em qualquer domínio do conhecimento, bem como passível de tratamento científico. A escolha do problema é determinada pelos interesses do pesquisador, podendo este ser motivado por diversos fatores como os seus valores sociais e/ou pessoais (Gil 2002).

A Enfermagem de Família, considerada uma área recente em Portugal ainda não é bem compreendida, ou pelo menos não de forma consensual pelos enfermeiros que diariamente trabalham com as famílias, sendo que muitos destes são chamados de enfermeiros de família, embora não tenham qualquer tipo de formação específica.

Sabe-se também, que a profissão de enfermagem desde sempre se preocupou com a integração da família nos cuidados de saúde, visto que esta é o meio influenciador dos seus membros e comunidade em que se insere, no que diz respeito aos comportamentos em saúde, pois é na família que se processa os primeiros momentos de socialização.

Desde o final da década de 90 que em Portugal, tal como nos demais países do mundo, têm vindo a ser operadas alterações na organização dos cuidados de saúde, resultado da crescente importância das Unidades de Saúde Familiar bem como do reconhecimento da relevância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades (Figueiredo, 2009). Desta forma, a Enfermagem de Família tem vindo a conquistar relevância nos cuidados de saúde (OMS, 2000).

Uma vez que são os enfermeiros das USF que têm uma relação de proximidade com as famílias e que mais se aproximam do perfil das competências do enfermeiro de família definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), estes poderão ajudar a perceber a real dinâmica dos cuidados de Enfermagem de Família no nosso sistema de saúde atual.

1.2 - Pergunta de Partida

Tendo em conta o tema previamente definido formulou-se, para a realização deste Projeto, uma pergunta de partida que visa estudar: “Qual a Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia da Enfermagem de Família?”

1.2.1 - Questões de Investigação

Foram definidas para este estudo as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar sobre o conceito de Enfermagem de Família?
- Será que os enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar reconhecem na prática atual dos cuidados as competências dos Enfermeiros de Família?
- Qual a importância que os enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar atribuem ao papel da Enfermagem de família?
- Quais os fatores que facilitam/dificultam a implementação da Enfermagem de Família?

Segundo Fortin (2003), as questões de investigação facilitam a passagem do quadro concetual às considerações finais. Para a elaboração das questões de investigação, é importante o investigador interrogar-se “ (...) sobre a sua pertinência, o seu valor teórico e pratico, assim como as suas dimensões metodológicas e éticas”.

1.3 - Objetivos de Investigação

Para um aumento dos conhecimentos é necessária uma pesquisa continua, ou seja, investigar, de modo a estar sempre atualizada. Tendo em conta o problema e as questões de investigação.

De acordo com Fortin (2003) o objetivo consiste num enunciado declarativo que precisa a orientação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Tendo em conta estes pressupostos foram definidos os seguintes objetivos:

1.3.1 - Objetivos gerais

- Conhecer a percepção dos enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família;

1.3.2 - Objetivos específicos

- Identificar se os enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar reconhecem na prática atual dos cuidados as competências dos Enfermeiros de Família;
- Conhecer a importância que os enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar atribuem ao papel de Enfermagem de família;
- Identificar os fatores que facilitam/dificultam a implementação de Enfermagem de família;

1.4 - Matriz Teórica

Como parte inicial no Projeto de Graduação a abordagem do suporte teórico é fundamental sob várias perspectivas, para ajudar à compreensão do problema levantado inicialmente. Portanto para enquadrar o tema, a primeira parte do trabalho irá basear-se na definição de conceitos chaves sendo estes:

- ✓ Percepção
- ✓ Enfermagem de Família
- ✓ Cuidados de saúde Primários

Na perspectiva de Fortin (2003,p.74)

“A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação. No decorrer desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos, o conceito em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos”.

1.4.1 - Percepção

Percepção é um processo complexo através do qual o indivíduo tem consciência das suas impressões sensoriais e adquire conhecimento da realidade. É um mecanismo de aquisição de informação através da integração estruturada dos dados que capta os objetos. Do ponto de vista neurofisiológico, no processo de percepção participam diferentes estruturas e funções nervosas que de uma maneira complexa possibilitam a chegada de uma impressão sensorial ao cérebro (Jimenez, 1997).

Pode então definir-se percepção como, um conjunto de processos utilizados para adquirir, através dos sentidos, o conhecimento do próprio corpo e do mundo exterior.

Comporta, além do fenómeno sensorial, a manutenção da atenção, o enfoque seletivo sobre um estímulo, a eliminação de estímulos estranhos e o reconhecimento do estímulo. Segundo Jimenez “ (...) a percepção apresenta-se como a função psicológica que nos oferece, de uma forma imediata, uma representação fiel do nosso meio ambiente”. Jimenez. (1997, p.10).

No entanto essa representação fiel pode ser alterada pela concentração dedicada ao estímulo. Existem tarefas quotidianas que são realizadas de uma forma mais desatenta, que alteram a percepção ou representação fiel do estímulo percebido. Segundo Kulpe cit in Caldeira et al. (2007, p.64):

(...) efetuou as primeiras investigações sobre a importância das atitudes perceptivas e verificou que tudo o que é percebido depende do estado de percepção dos indivíduos no momento em que estes são estimulados.

Existem portanto várias formas de definir percepção, para Jimenez podemos reduzir a percepção a:

“ (...) uma recolha de informação sobre o meio ambiente, (...). Esta adota a metáfora informática que considera o ser vivo como um conjunto de sistemas que recebem, registam, elaboram, restituem e utilizam informação. Sistema de tratamento de informação sensorial, a percepção descodifica e traduz (...) Jimenez (1997,p.12), para Gleitman et al., “O modelo de processamento da informação deriva em parte de uma analogia entre as operações mentais e o funcionamento de um computador”. Gleitman et al. (2003, p.301).

1.4.2 - Enfermagem de Família

No início do século passado, ocorreram significativas mudanças na estrutura e na organização familiar aliadas à evolução tecnológica que levaram a uma estagnação dos cuidados à família, privando-a de presenciar acontecimentos de vida significativos dos seus membros. No entanto, apesar destes processos de transformação da estrutura e da organização familiar, esta mantém-se como unidade emocional e afetiva caracterizando-se pela influência nos processos de saúde e doença dos seus membros (Figueiredo, 2009).

Nas últimas décadas, como nos restantes países, também em Portugal têm vindo a serem operadas alterações na organização dos cuidados de saúde, resultado da crescente importância que é dada aos cuidados de saúde primários, reconhecimento da relevância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades e o crescente envelhecimento da população que não se constitui apenas como um problema individual, mas é uma problemática familiar e social (Figueiredo, 2009). Destas alterações destaca-se a reestruturação do Cuidados de Saúde Primários (CSP), que se vivencia na atual reforma dos cuidados de saúde primários regulamentada no Decreto de Lei 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008 e a crescente importância da Enfermagem de Família (OMS, 2000). Com este conceito pretende-se uma integração da família nos cuidados de saúde, cujo objetivo primordial é a capacitação da mesma de forma a encontrar estratégias de *coping* para resolução de problemas de saúde do seio familiar e seus membros (Figueiredo & Martins, 2009).

Nos tempos que correm, torna-se imperativo que se repense o modo como os serviços de saúde estão organizados para responder cabalmente às necessidades das pessoas, que cada vez mais reivindicam a sua unicidade no modo como vivenciam os processos de saúde-doença. Deste modo, os modelos assistenciais centrados na doença já não se configuram como os mais adequados, pelo que os profissionais de saúde, em geral, devem, num esforço sinérgico com as entidades governamentais, procurar novas formas de responder às necessidades em cuidados de saúde dos cidadãos, numa perspetiva de adequação, responsabilização e rentabilização dos recursos. Desde sempre que os enfermeiros consideram que as respostas em cuidados de saúde serão mais adequadas se se tiver em conta a família como um todo, ou seja, se toda a unidade familiar for tida

como alvo do processo de cuidados, qualquer que seja a intervenção em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Desde o início da profissão de enfermagem que esta se preocupa em integrar a família em todos os cuidados. Existem evidências que demonstram que esta preocupação remonta a Florence Nightingale (Figueiredo, 2009; Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), 2009). A enfermagem nasceu dos cuidados desenvolvidos nos domicílios, desenvolvendo-se a par destes. No entanto com a evolução científica e tecnológica, os cuidados de saúde passaram a ser maioritariamente desenvolvidos em contexto hospitalar. Como consequência desta política “hospitalocêntrica” muitos eventos de vida, incluindo a morte e o nascimento, deixaram de ser vivenciados no domicílio, excluindo a família de experienciar presencialmente estes acontecimentos cruciais do ciclo de vida (Figueiredo, 2009; ESEP 2009; Figueiredo & Martins, 2009).

Por início do século (séc.) XX, apenas os enfermeiros de saúde comunitária prestavam cuidados no domicílio, e a contínua evolução tecnológica e “hospitalização” dos cuidados de saúde levaram a uma estagnação dos cuidados à família. A par dos fatores acima mencionados, também as mudanças na estrutura familiar tradicional levaram à diminuição do número de elementos e consequentemente ao aumento da dificuldade das famílias solucionarem os seus problemas a nível do domicílio, e também dos profissionais de saúde de trabalharem com estas famílias neste contexto (Figueiredo, 2009).

No entanto, com o decorrer dos anos, as transformações sociodemográficas, associadas à globalização e maior acesso à informação, levaram a alterações significativas nas necessidades em saúde das populações, com a consequente transformação dos paradigmas sociais e reestruturação dos cuidados de saúde (Figueiredo, 2009). Nas últimas décadas, a nível mundial, assiste-se à reestruturação dos cuidados de saúde. Assim, assistimos a uma redução do número e duração das hospitalizações passando novamente, os cuidados a serem maioritariamente desenvolvidos no domicílio, contexto que vem permitir um conhecimento mais aprofundado da família e suas dinâmicas (Figueiredo, 2009). O enfermeiro, nos diversos contextos em que desenvolve a sua atividade profissional tem tido sempre como foco a família, de forma mais ou menos explícita, tendo em conta a sua saúde global e influência na comunidade (Figueiredo, 2009).

Hanson (2005) e Wright & Leahey (2009) cit. por Santos (2009) apontam as seguintes explicações para o interesse da família enquanto foco dos cuidados de enfermagem:

...a promoção, manutenção e recuperação da saúde das famílias têm importância para a sobrevivência da sociedade; a saúde e doença são assuntos da família; a família como um todo é afetada quando um ou mais dos seus membros experienciam problemas de saúde, e é um fator significativo nos cuidados de saúde e bem-estar dos seus membros; a família como um todo tem impacto no modo com os seus elementos resolvem os problemas de saúde e os comportamentos de saúde individuais afetam a família como um todo; a eficácia dos cuidados de saúde é melhorada quando a ênfase é colocada sobre a família, e não apenas, sobre o indivíduo (p.12).

Tal como nos restantes países, também em Portugal têm vindo a ser operadas alterações na organização dos cuidados de saúde, resultado da crescente importância que é dada aos cuidados de saúde primários e reconhecimento da relevância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades (Figueiredo, 2009).

No contexto da saúde, os CSP são considerados a base de todo o sistema de saúde, com princípios definidos que tenham aplicabilidade na prática de cuidados de saúde, particularmente ao nível da prestação de cuidados, visto que estes têm que estar mais orientados para a comunidade, maior flexibilidade na sua gestão de organização, desburocratização, implementação do trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua de qualidade, contratualização e avaliação dos objetivos e indicadores de cada unidade de saúde, são fundamentais para o melhor nível de funcionamento do sistema. Tendo em conta estas reais necessidades, era fundamental investir nos CSP, a nível de recursos humanos, infraestruturas, recursos materiais, educação, formação dos profissionais, investigação e melhoria da qualidade.

Apenas com este investimento seria possível adequar uma resposta aos problemas de saúde da população, com imparcialidade e equidade no acesso e na prestação de cuidados e que fosse sustentada numa atuação legislativa, política e social para gerir estas mudanças (OPSS, 2008).

A reestruturação dos CSP regulamentada no Decreto de Lei 28/2008, de 22 de Fevereiro de 2008, criou os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Os ACES têm autonomia administrativa e abrangem uma determinada área geográfica podendo serem

constituídos por seis unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e a Unidade de Apoio a Gestão (UAG). Cada uma destas unidades é formada por uma equipa multidisciplinar, com autonomia organizativa e técnica, garantindo a articulação e cooperação com as demais unidades (Figueiredo, 2009).

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos especialistas em medicina geral e familiar ou detentores, no mínimo, do grau generalista, por enfermeiros e pessoal administrativo. Têm por missão a garantia da acessibilidade, continuidade e globalidade da prestação de cuidados de saúde personalizados ao utente e famílias (MCSP,2009).

A Unidade de Cuidados á Comunidade (UCC), são unidades cuja missão é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e dessa forma contribuindo para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. O seu âmbito de intervenção é a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, no domicílio e comunidade. Intervêm, nas pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde (MCSP,2009).

A Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados á população inscrita de uma determinada área geográfica, integrando os profissionais que não estão organizados em USF (MCSP,2009).

Por sua vez, a Unidade de Saúde Pública (USP), funciona como observatório de saúde da área geográfica onde se insere, é responsável pela vigilância epidemiológica e pela gestão de determinados programas tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar (MCSP,2009).

A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), como o próprio nome indica é um serviço que presta consultoria e assistência às restantes unidades funcionais referidas e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. Congrega vários

profissionais, com competências diversas, nomeadamente médicos de diferentes especialidades, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e ainda outros técnicos que estejam ou venham a ser integrados no ACES (MCSP, 2009).

A Unidade de Apoio a Gestão (UAG) tem funções de planeamento e controlo de gestão, bem como funções administrativas e interface com serviços partilhados, exercendo: o planeamento e controlo de gestão, a gestão orçamental do ACES; a análise económico-financeira dos projetos de investimento; o apoio à elaboração e avaliação do orçamento-programa das USF, e à acreditação de qualidade e desenvolvimento organizacional do ACES (MCSP, 2009).

Na opinião de Figueiredo (2009), com estas reformas, apesar do indivíduo continuar como unidade de referência dos cuidados, estamos a assistir a uma integração transversal da família nas diversas unidades funcionais que definem os cuidados de saúde primários, não só em Portugal como no resto da Europa.

Tendo como ponto de partida esta visão do papel da enfermagem de família, surgiram na Europa algumas recomendações, das quais salientamos o programa *Saúde 21*. Neste programa foi destacada a importância do papel do enfermeiro na melhoria da saúde na Europa. A Saúde 21, aprovada pelo comité regional da OMS em 1998, constitui-se como o quadro concetual da política para todos da Europa. Estabelece 21 metas que permitem a cada estado membro desenvolver as suas próprias políticas e estratégias de saúde, através da articulação com as políticas regionais. Destas 21 metas, a meta 15 realça a importância da enfermagem de família, afirmando que o enfermeiro de família deve ser o elemento de referência para as famílias que procuram um primeiro contato nos cuidados de saúde. Tendo em vista a concretização das 21 metas, a meta 18 previa que no ano de 2010 “todos os estados membros deverão ter garantido que os profissionais de saúde e os profissionais de outros setores adquiram conhecimentos adequados, atitudes e capacidades para proteger e promover a saúde” (OMS, 2002, p.26), enfatizando o papel central da medicina e enfermagem no amadurecimento dos CSP.

Posteriormente, outros documentos foram elaborados para este efeito como a *Declaração de Munique, Planning for the Family Health Nursing Project*, entre outros. Desta forma evidencia-se a importância de uma enfermagem direcionada para a família e o papel do enfermeiro de família como dinamizador da mudança nos cuidados de

saúde (Figueiredo, 2009; Martin, Duffy, Johnston, Banks, Harkess-Murphy & Martin, 2013).

A concetualização da enfermagem de família tem então início nos anos setenta do séc. XX. Entendida como a “arte e ciência alicerçada ao pensamento sistémico com uma abordagem que ultrapassa o paradigma da ciência tradicional, permitindo a compreensão de todos os fatores que inteiram a unidade familiar” (Figueiredo, 2009, p. 63), tendo vindo a ser modificada ao longo das últimas décadas a par das reformulações dos conceitos de família e suas mudanças estruturais, das políticas sociais e dos cuidados de saúde, mas também das teorias de enfermagem, nas quais esta concetualização não se encontrava explícita, sendo que na maioria destes modelos teóricos da prática de enfermagem tinham como foco de cuidados o indivíduo e não a família (Santos, 2012; Figueiredo, 2009).

Santos (2012) diz-nos que Wright & Leahey (2009) foram as primeiras autoras a considerar que a enfermagem de família surge da relação entre três áreas do conhecimento, as ciências de enfermagem, as ciências sociais e a terapia familiar. Às ciências sociais a enfermagem de família vai buscar a explicação do funcionamento e dinâmicas familiares, à terapia familiar a abordagem terapêutica centrada na família, e às ciências de enfermagem as teorias, valores e conceções do sentido de pessoa que norteiam o enfermeiro nos processos de saúde e doença (Santos, 2012).

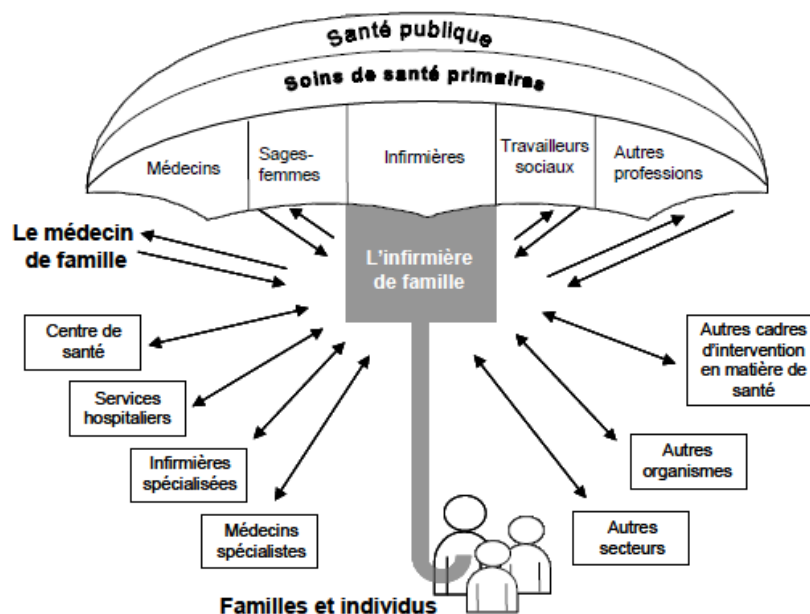
Apesar das investigações realizadas nos últimos anos os teóricos continuam a discutir qual será realmente o foco da enfermagem de família. Ou seja, se concebe como foco, a família como o cliente a quem são prestados cuidados e assim ser “parte integrante do metaparadigma pessoa” (Santos, 2012, p.13), ou como parte integrante da meta paradigma ambiente, nesta perspetiva considera-se que o ambiente influencia o indivíduo (Santos, 2012). Segundo Friedemann (1989), citada por Santos (2012), a família tem que ser entendida como parte destes dois paradigmas.

De acordo com a OMS (2002), o conceito de enfermagem de família traduz uma combinação particular de vários elementos, em que a família é o foco principal, em que os membros devem contribuir para uma família saudável. Traça como objetivo para a enfermagem de família, apoiar os indivíduos e família a identificarem estratégias de *coping* para lidarem com a incapacidade e doença crónicas, bem como períodos de stresse ou de maior vulnerabilidade, passando grande parte do tempo a trabalhar com os utentes nas suas casas, com as famílias. Para além disto, os enfermeiros de família

poderão também aconselhar as famílias no que concerne aos estilos de vida e comportamentos de risco, e ainda auxiliar em todas as questões relativas à saúde, através da detecção precoce de problemas. Estes profissionais de enfermagem de família têm os conhecimentos necessários sobre saúde pública e problemas sociais para poderem reconhecer a influência dos fatores socioeconómicos na saúde da família, e assim encaminhá-la, se necessário, para as entidades competentes. Podem contribuir para a redução do tempo de internamento de um membro da família prestando cuidados domiciliários, e ainda ser o elo de ligação entre a família e o médico que os acompanha, substituindo-o quando as necessidades identificadas são mais relevantes para a enfermagem (OMS, 2002). Esta multifacetariedade contribui largamente para o cumprimento de diversas metas do programa Saúde 21, concretamente da 20 que define que no ano 2005 a implementação de políticas de saúde para todos deverá comprometer indivíduos, grupos e organizações, através dos setores público e privado e sociedade civil, em alianças e parcerias para a saúde para todos, sendo que a única que não é passível de ser concretizada pela enfermagem de família é a 17 que diz respeito exclusivamente à intervenção governamental na saúde (OMS, 2002).

O Conselho Regional Europeu para a Enfermagem e Obstetrícia vê a enfermagem de família como tendo um papel importante a todos os níveis dos cuidados, desde a promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestação cuidados àqueles que padecem de enfermidade ou que estão numa fase final da sua vida (OMS, 2002). No entanto, chama à atenção para o fato de a designação desta área da enfermagem poder dar a ideia errada de que o foco de atenção são exclusivamente as pessoas que vivem em família, pois o seu âmbito é muito mais abrangente, e inclui todas as pessoas da comunidade, ou seja, pessoas que vivam sozinhas ou acompanhadas, que tenham casa ou não, integradas na comunidade ou marginalizadas pela mesma (OMS, 2002).

A OMS (2000) diz que a enfermagem de família e o seu papel podem ser retratados como estando sob alçada do “Guarda – Chuva” (figura 1) da saúde pública e dos CSP, num contexto integrado como nos diz a meta 15 da *Saúde 21* que durante o ano de 2010 as pessoas da região devem ter melhores acessos aos CSP suportados por um sistema hospitalar flexível e responsável (OMS, 2000).



Fonte: OMS, 2000, p. 9

Figura 1 - A enfermagem de família sobre alçada do "Guarda-Chuva" da saúde pública e dos CSP

Também segundo Figueiredo (2009), a prática da enfermagem de família requer autonomia, sendo os CSP o contexto preferencial para o desenvolvimento desta enfermagem, dadas as suas características de globalidade, proximidade e continuidade o que permite a manutenção do contato com a família, maior eficácia das intervenções e consequentemente maiores ganhos em saúde. No entanto, há que ter em conta que a família deve ser parceira em todos os contextos de cuidados de saúde.

Em síntese, a enfermagem de família apresenta-se como um novo paradigma, um profundo desafio, em que os pressupostos associados integram uma filosofia de parceria com a família, tendo em vista o auxílio na procura de soluções para os problemas reais e potenciais identificados, englobando todas as etapas do processo de enfermagem. Este conceito constrói-se em torno da compreensão das necessidades da família vista como uma comunidade (Figueiredo & Martins, 2009; Santos 2012; Martin et al., 2013). A enfermagem de família está direcionada a qualquer tipo de família, centrando-se nos pontos fortes dos seus membros para conseguirem o seu crescimento e desenvolvimento como um todo, na medida em que o meio familiar é influenciado pelos seus membros e vice-versa. Assim a finalidade das intervenções da enfermagem de família é a mudança,

numa perspetiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interrelacionais, funcionais e estruturais do sistema familiar (Figueiredo & Martins, 2009). O principal objetivo prende-se com a capacitação, ou *empowerment*, da família para o desenvolvimento de competências que permitam uma adaptação e vivências saudáveis dos processos contínuos de mudança (Figueiredo & Martins, 2009). Contudo, apesar da crescente integração da família como unidade indivisível nos cuidados, atualmente ainda se mantém uma abordagem centrada no indivíduo, onde a família é considerada como um todo divisível em partes (Figueiredo, 2009; Santos, 2012).

As modificações nas necessidades em saúde da sociedade atual fazem dos CSP o contexto estruturante das novas práticas de enfermagem centradas na família enquanto célula fundamental da sociedade e foco dos cuidados (Figueiredo, 2009; Santos, 2012). Nesta visão surgiu a proposta de fazer da enfermagem de família uma especialidade da enfermagem, já delineada pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, tendo como eixo orientador a intervenção ao longo do ciclo de vida da família (Figueiredo, 2009; OE, 2010). Também se verifica o aparecimento de novas abordagens à enfermagem de família, bem como propostas de revisão dos modelos formativos para a consolidação do ensino da enfermagem de família. Pois, de acordo com Figueiredo (2009) e Santos (2012), têm-se verificado algumas limitações na transferência da teoria para a prática de cuidados.

1.4.3 - Contextualização socio-histórica

Como vimos anteriormente, as mudanças operadas nos cuidados de saúde e sua reestruturação foram o resultado do somatório de diversas mudanças a nível sociodemográfico, técnico – científico e político (Martin et al., 2013).

1.4.4 - Mudanças sociodemográficas

Demograficamente a sociedade mundial nas últimas três décadas têm vindo a sofrer um envelhecimento acentuado. Para isto contribuíram fatores como a melhoria das condições de vida da população e acesso a cuidados de saúde de qualidade, diminuindo o número de doenças infetocontagiosas que assolavam de forma impiedosa a população das diversas faixas etárias. Assim temos populações mais saudáveis e que vivem mais

tempo (Martin et al., 2013). Estas modificações estabeleceram novos desafios aos cuidados de saúde que têm de se adaptar à nova realidade e às novas necessidades em saúde da Europa. Surgiram novas doenças, de etiologia não infecciosa, como as doenças cardiovasculares, cancro, obesidade, diabetes, e novos fatores de risco (acidentes, tabagismo, alcoolismo, hipertensão arterial, dislipidémia) que constituem atualmente as principais causas de morte (Martin et al., 2013).

A par com estas alterações sociodemográficas ocorreram mudanças significativas relacionadas com o conceito e estrutura das famílias.

O termo família provém do latim, originalmente utilizado para definir um conjunto de pessoas que vivam na mesma casa. Posteriormente começou a ser associado à comunidade marido e mulher, implicando assim conceitos de parentesco e de coabitação. Surgia associado ao núcleo familiar, ao casal que vivia com os seus filhos biológicos (Figueiredo, 2009). No entanto este não era um conceito homogéneo para todas as épocas e culturas, sendo que se verificam diferenças transculturais (Figueiredo, 2009). Durante o século XIV e XV, evidenciavam-se fortes laços de parentesco, uma intensa regulação e controlo social, o que por sua vez não permitia a construção da identidade familiar, como se observa na atualidade. Nesta altura, a família era caracterizada por uma unidade produtiva e reprodutora (Figueiredo, 2009).

Atualmente e segundo a OMS, qualquer grupo deve ser encarado como família, desde que entre os seus elementos as ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e destino comum. Desta forma, este conceito não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, adoção ou parceria sexual (OMS, 2002).

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (2002), a família é um conjunto de seres humanos, considerados como uma unidade social ou um todo coletivo composto por membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas.

As alterações na dinâmica familiar surgem associadas a épocas de significativas mudanças sócio estruturais e tecnológicas. A industrialização do final do séc. XIX originou alterações a nível social, consequentes das mudanças nas relações entre os indivíduos e mudança nos valores sociais (Figueiredo, 2009).

“A integração das mulheres no mercado de trabalho teve implicações na divisão de papéis, levando a novas formas de organização familiar, que de alguma forma pôs em causa os papéis tradicionais de marido e mulher”. (Figueiredo, 2009, p.120).

Segundo Figueiredo (2009), atualmente existem vários tipos de famílias. Para além das famílias constituídas por várias gerações que vivem em comum, estas podem ainda integrar parentes colaterais (famílias extensas, alargadas), existem também as famílias nucleares associadas ao casal com ou sem filhos, as famílias monoparentais, adotivas, homossexuais, as extensas, reconstituídas, de coabitação, famílias unipessoais e comunitárias.

No seio familiar desenvolvem-se padrões que podem favorecer ou prejudicar a saúde individual, tendo em conta a forma como a família possui capacidades de gerir as transições de saúde dos seus membros pode fortalecer ou debilitar a saúde familiar. Um ambiente seguro e estável do ponto de vista emocional, são fatores de promoção e manutenção da saúde. A família pode então apoiar no sentido da reabilitação do familiar ou então reforçar o seu papel de doente e dependente (Figueiredo, 2009).

Devido às alterações sócio demográficas ocorridas na sociedade, a família está a adquirir cada vez menos importância na prestação de cuidados aos idosos. O seu funcionamento saudável influencia positivamente a saúde de cada um dos membros, inclusive a promoção de valores e crenças relacionadas com o amor, sexualidade, solidariedade e valor da vida (Figueiredo, 2009).

Em suma:

...A família, enquanto grupo, evolui de acordo com as suas finalidades, face às quais desenvolve determinadas funções que se transformam ao longo do seu ciclo. Sendo um sistema integrado em diversos sistemas, a multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interações mantidas entre os seus elementos e entre estes e o supra-sistema, confere unicidade a cada família, num contexto de diversidade de famílias (Figueiredo, 2009, p. 132).

1.4.5 - Mudanças técnicas – científicas e políticas

As alterações sociais acima mencionadas foram acompanhadas das alterações técnicas - científicas que proporcionaram novas técnicas de acompanhamento em saúde e desta forma a deteção precoce de doenças bem como novos métodos de tratamentos. Houve

também a explosão da indústria farmacêutica, que veio permitir a introdução de novas substâncias no mercado e mais eficazes que as que existiam até então (Martin et al., 2013).

O avanço tecnológico levou a uma necessidade de crescente investimento em saúde que está atualmente comprometido pela crise económica que atravessamos mundialmente (Martin et al., 2013).

Com estas modificações a diversos níveis, assistimos a alterações nas necessidades em saúde e também nas respostas a estas. É claro que existem semelhanças e diferenças na maneira como são prestados os cuidados de saúde nos diversos países, por isso está a ser desenvolvido o projeto Europeu de Enfermagem em Saúde Familiar (*Planning for the Family Health Nursing Project*), no qual colaboram nove países incluindo Portugal. Este projeto pretende facilitar a definição e implementação de uma enfermagem direcionada para a família. Tem como finalidade a colaboração entre indivíduos, famílias, comunidades, hospitais, equipas de saúde para a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação, ou seja, salientar a importância dos cuidados de saúde primários (Martin et al., 2013).

Como já foi mencionado, homologamente com o resto da Europa, em Portugal houve uma reformulação nos cuidados de saúde primários para uma assistência em saúde mais eficiente e eficaz regulamentada pelo Decreto de Lei 28/2008, de 22 de fevereiro de 2008 (Figueiredo, 2009).

Sob jurisdição deste Decreto foram criados os ACES. São “serviços públicos de saúde, com autonomia administrativa, sendo que a sua missão é o desenvolvimento de atividade de promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Decreto lei 28/2008, 22 de fevereiro, p. 1183). Existem no máximo 74 ACES no país, sendo que os seus órgãos principais são o diretor executivo, nomeado pelo Governo, cujas competências estão relacionadas com a gestão de atividades, recursos humanos, financeiros e de equipamentos de todo o ACES; conselho executivo; conselho clínico e de saúde e o conselho da comunidade (Decreto Lei 28/2008, 22 de fevereiro).

Como anteriormente referido e expando, o ACES é constituído pelas seguintes unidades funcionais: USF; UCC; UCSP; USP; URAP, UAG.

Cada uma destas unidades é autónoma, mantendo a intercooperação entre elas, sendo constituídas por equipas multidisciplinares.

Em suma, a reestruturação dos cuidados de saúde dos países da Europa, aconteceu como consequência de uma alteração das necessidades em saúde das populações resultado das mudanças progressivas a diversos níveis. Estas necessidades modificaram a visão sobre os cuidados de saúde, passando de um política “hospitalocêntrica” centrada no indivíduo, para uma visão holística do indivíduo, em que a família é a unidade básica dos cuidados. Passamos também de uma abordagem curativa para uma abordagem de promoção da saúde e prevenção da doença e assim a aposta nos cuidados de saúde primários como pilar central dos cuidados de saúde, onde os enfermeiros de saúde familiar são a base para os cuidados personalizados (Decreto-Lei 28/2008, 22 de fevereiro; Figueiredo, 2009; Martin et al., 2013).

Nesta perspetiva, para formar uma sociedade forte e dinâmica, o interesse na família está a recuperar a sua importância nos cuidados de saúde, como resultado da mudança e em como ela é percebida, ultrapassando, sobretudo, as definições utilitárias que lhe são atribuídas no contexto de saúde. Assim, as famílias ao apresentarem-se como contexto relevante para a promoção da saúde e redução da doença e ao serem reconhecidas como a mais constante unidade de saúde para os seus membros, permite que os enfermeiros as ajudem a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar a doença crónica e a deficiência, a controlar o stress e a realizar a promoção integral da saúde, contribuindo para o fortalecimento de um dos pilares fundamentais da sociedade.

1.4.6 - Competências da Enfermagem de Família

De acordo com a perspetiva da OMS, os enfermeiros trabalham em conjunto com famílias, comunidade e outros profissionais de saúde, atuando como recurso e sendo elementos chave na sociedade como promotores de saúde.

Seguindo a mesma linha de orientação e, de igual modo, foi na segunda Conferência Ministerial da OMS (Junho de 2000), com a aprovação da Declaração de Munique que ficou consignado o papel único desempenhado pelos enfermeiros e enfermeiros obstetras da Europa, no desenvolvimento da saúde e na prestação de cuidados de saúde, reafirmando-se o seu papel chave e cada vez mais importante para fazer face aos novos

problemas de saúde pública, para assegurar cuidados de saúde de alta qualidade, preconizando a criação de oportunidades para estabelecer e suportar programas e serviços de enfermagem centrados na família, incluindo o enfermeiro de família.

O enfermeiro de família, de acordo com a OMS, 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. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efetuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias. Em síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais (ESEP, 2009).

O desenvolvimento da intervenção dos enfermeiros de família integra-se na resposta multiprofissional e multidisciplinar que a saúde, enquanto fenómeno multifacetado e de grande complexidade, exige, ou seja, o tipo de intervenção, o contexto em que se desenvolve e a organização do trabalho permitirá que os enfermeiros de família, enquanto membros da equipa prestadora de cuidados, se articulem com os restantes recursos existentes e procedam ao encaminhamento para outros profissionais sempre que a situação o exija (ESEP, 2009).

Decorrente de fatores contextuais, como o percurso evolutivo da profissão, o modelo de desenvolvimento profissional e a reforma dos cuidados de saúde primários, mais particularmente a reconfiguração dos centros de saúde e implementação e consolidação de unidades de saúde familiar, reconhecem a necessidade do enquadramento das intervenções do enfermeiro de família para que a enfermagem incorpore o cuidado à família como objeto específico da sua prática profissional,

... o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em saúde familiar integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa promover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar (OE, 2010, p.2).

Segundo ESEP (2009) e OE (2010), de entre as competências apontam-se:

- Considerando a família como unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- Reconhece a complexidade do sistema familiar, considerando as suas propriedades de globalidade, equifinalidade e auto-organização, que lhe confere uma organização estrutural específica;
- Concebe a família como uma unidade em transformação, sujeita a transições normativas decorrentes dos seus processos desenvolvimentais inerentes ao ciclo vital;
- Desenvolve o processo de cuidados em colaboração com a família, estimulando a participação significativa dos membros da família em todas as fases do mesmo;
- Considerando a família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente, prestando cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família;
- Realiza a avaliação, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados à família, nas dimensões estruturais, desenvolvimento e funcionamento;
- Reconhece situações de especial complexidade formulando respostas adequadas aos processos globais inerentes ao desenvolvimento familiar;
- Realiza e avalia intervenções de modo a promover e a facilitar as mudanças no funcionamento familiar;

De acordo com a OE (2010), o enfermeiro de família 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 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. Na implementação dos planos de ação, o enfermeiro negocia com os elementos do agregado familiar e os recursos de apoio da comunidade os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar.

1.4.7 - Formação em Enfermagem de Família

Com o estabelecimento da *Saúde 21* e as reformas nos CSP, que são considerados como o pilar dos cuidados de saúde dos países da Europa, pareciam estar encontrado o meio de cultura ideal para a implementação da enfermagem de saúde familiar. No entanto, parecem existir uma série de fatores que estão a dificultar este processo de integração dos cuidados de enfermagem à família. De entre eles podemos salientar o fato de, apesar das mudanças operadas no conceito de família, esta pode ainda ser vista como um todo divisível em partes, sendo que desta forma os cuidados se mantêm focados no indivíduo e o contexto familiar negligenciado. Outros fatores importantes são: a metodologia da organização dos cuidados, recursos humanos e materiais na saúde; a componente relacional dos enfermeiros e suas crenças; a formação diminuta; e a investigação que escasseia nesta área (Figueiredo & Martins, 2010; Figueiredo, 2009).

A formação em saúde familiar é escassa embora seja crucial para a abordagem sistémica da família. O ensino desta temática está centralizado no segundo e terceiro ciclos do ensino superior, que correspondem à graduação de especialista, mestre ou doutoramento. A nível do primeiro ciclo que corresponde à licenciatura, verifica-se que o ensino destes conteúdos é amplamente negligenciado e heterogéneo, sendo que em muitas escolas do país é mesmo inexistente (Figueiredo, 2009; Santos, 2012).

“A não integração de conteúdos que permitam o desenvolvimento de competências nos cuidados à família, no âmbito da formação inicial dos enfermeiros têm constituído um obstáculo para o desenvolvimento de práticas direcionadas à família como cliente” (Figueiredo, 2009, p.189).

A abordagem sistémica é integradora, tendo como foco a família como um sistema, perspectivada de forma holística. Assenta nos princípios da objetividade e totalidade permitindo a construção de “modelos de análise, compreensão e intervenção deslocando o foco do indivíduo isolado para o indivíduo que interage” (Santos, 2012, p.22) que se encontra inserido num sistema influenciado e influenciável.

Esses modelos conceituais pretendem-se flexíveis e dinâmicos e que permitam o estabelecimento de quadros referenciais e “um modo coerente de pensar sobre os fenómenos de enfermagem” (Figueiredo, 2009, p.34), bem como a sua adequação nos diversos contextos. Com o intuito de promover mudanças e efetivar o funcionamento saudável do sistema familiar, este modelo devem estar direcionados para a colheita de dados e planeamento das intervenções (Figueiredo & Martins, 2010; Figueiredo, 2009).

Figueiredo (2009) apresenta-nos o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Este constitui-se como referencial conceitual e operativo para os enfermeiros que prestam cuidados às famílias enquanto cliente dos CSP (Figueiredo, 2009; OE, 2011).

Tem como base a abordagem sistémica da família, em que esta é vista, como um sistema enfatizando a sua colaboração nos cuidados, reforçando a sua capacidade de autogestão e competências para a tomada de decisão (Figueiredo, 2009; OE, 2011).

Este modelo é sustentado por outros dois previamente elaborados: Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF) e MCIF (Modelo Calgary de Intervenção Familiar). Pretende-se flexível e interativo permitindo aos enfermeiros a identificação rigorosa das necessidades das famílias e desta forma sugerirem intervenções adequadas potenciando a eficácia e eficiência da sua atuação. Propõem uma base com diversas categorias e itens de avaliação da família que devem ser utilizados pelos enfermeiros de forma crítica face a especificidade e complexidade dos diversos sistemas familiares, salientando a importância da capacidade de tomada de decisão (Figueiredo, 2009; OE, 2011).

Constitui um instrumento orientador e sistematizador dos cuidados de enfermagem à família, permitindo a interligação com o processo de enfermagem. A avaliação familiar centra-se em diversos focos de atenção visando o conhecimento mais aprofundado do sistema familiar como meio para fortificar a sua dinâmica. Esta avaliação está dividida: avaliação estrutural, de desenvolvimento e funcional (Figueiredo, 2009).

A avaliação estrutural é composta por um conjunto de itens que nos permitem entender a estrutura familiar, ou seja, a sua composição, tipo de família, a família extensa, os sistemas mais amplos, a classe social onde se insere, entre outros (Figueiredo, 2009).

Relativamente à avaliação do desenvolvimento permite-nos conhecer profundamente os fenómenos associados ao crescimento e desenvolvimento da família, ou seja o seu ciclo vital e assim definir cuidados antecipatórios de acordo com a etapa do ciclo de vida essa família se encontra (Figueiredo, 2009).

Finalmente, a avaliação funcional dá-nos a conhecer os padrões de interação entre os membros da família, suas funções no seio familiar e valores que a sustentam. Esta

avaliação integra duas dimensões elementares do funcionamento de uma família: a instrumental que diz respeito às dinâmicas do quotidiano e a expressiva que enfatiza as relações entre os membros (Figueiredo, 2009).

Para que possamos elaborar diagnósticos baseados neste modelo a linguagem a utilizar será de acordo com ICNP/CIPE (*International Classification for Nursing Practice / Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*), estando também adaptado ao sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE). O MDAIF foi adotado pela OE e integrado nos conteúdos programáticos nas unidades curriculares do âmbito da saúde familiar em pós-licenciaturas/ mestrados em saúde comunitária e mestrado em saúde familiar, sendo também a base teórica para os ensinamentos clínicos e projetos de investigação no âmbito de mestrados e doutoramentos (Figueiredo, 2009; OE, 2011).

Assim, a OE considera a criação de uma nova especialidade em enfermagem de saúde familiar. Neste sentido foram aprovados em assembleia geral da OE, “as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Familiar, os Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem Especializados em Saúde Familiar e respetivo programa Formativo” (OE, 2011, p.1).

A metodologia de Enfermagem de Família foi aprovada no Diário da República no dia 5 de Agosto com o Decreto de Lei nº118/2014 e está a ser implementada através de experiências piloto em cada ARS iniciadas no 2º semestre de 2014. O Enfermeiro de Família exerce a sua atividade no âmbito das unidades funcionais da prestação de cuidados, nomeadamente nas UCSP e nas USF sob a direção do coordenador da equipa multiprofissional constituída nas respetivas unidades.

Assim sendo, na sua área de intervenção cuida da família como unidade de cuidados, presta todos os cuidados necessários no ciclo vital daquele indivíduo e daquela família ao nível da prevenção da doença e promoção da saúde dando apoio aos outros profissionais de saúde. O Enfermeiro de família tem um papel de extrema importância na ligação da família aos outros profissionais de saúde e aos demais recursos existentes na comunidade, nomeadamente os de apoio social garantindo assim um maior equilíbrio no acesso aos cuidados de saúde (Decreto de Lei nº118/2014 de 5 de agosto).

II- Fase Metodológica

A etapa inicial de um trabalho de investigação tem por base a escolha de um domínio que suscite interesse ao investigador para assim poder enunciar o seu problema, ou seja, aquilo que pretende mesmo investigar.

Segundo Fortin (2009, p.11) a fase metodológica “ (...) reporta-se aos conjuntos de meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação (...)”.

A investigação caracteriza-se por um método explícito que inclui várias etapas intelectuais e técnicas operatórias para resolver um problema, sendo a escolha da metodologia uma dessas etapas (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999), a fase metodológica operacionaliza o estudo, ou seja, especifica o tipo de estudo, o meio onde se desenvolve, o método de colheita de dados e a população a que se destina.

A opção pela metodologia a utilizar num projeto de investigação é fundamental e exige uma reflexão aprofundada sobre as questões epistemológicas, sobretudo quando se trata de investigação na área da enfermagem. No processo de investigação, são várias as alternativas metodológicas, no entanto, torna-se imperativo tomar decisões. Deste modo, realizaram-se escolhas que se fundamentaram, não só no objetivo delineado mas, essencialmente, no fenómeno em estudo, nos recursos disponíveis, bem como nas limitações da investigadora.

Neste sentido, este capítulo pretende dar a conhecer as opções metodológicas do especificando-as e fundamentando-as.

A fase metodológica encara-se como o plano lógico criado pelo investigador, com vista a obter respostas válidas para a investigação; traduz-se num conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido e tem por objetivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os seus resultados (Fortin, 1999). Para este plano criado pelo investigador convergem elementos essenciais, como o meio onde é realizado o estudo, a seleção dos sujeitos, o tipo de estudo, os instrumentos de colheita de dados e o tratamento dos dados (Fortin, 1999).

2.1 - Desenho de Investigação

Pode encarar-se o desenho de investigação como uma espécie de fio condutor a que o investigador recorre com o intuito de ordenar as suas atividades, de modo a impedir que o seu estudo se desvie dos princípios básicos da investigação científica.

Assim, o desenho de investigação é um plano desenvolvido por parte do investigador que visa a obtenção de respostas de cariz válido às questões de investigação previamente colocadas.

De acordo com Fortin (2009,p.214):

“O desenho de investigação pode, então, ser definido como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permite explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos”.

No presente capítulo, serão descritas as opções metodológicas adotadas para a concretização do trabalho de investigação.

2.1.1 - Meio

Segundo Fortin (2009, p.216), quando um estudo se desenvolve num meio em que não há um controlo rigoroso como o laboratório, é definido como o meio natural, ou seja o estudo tem “lugar no domicílio dos sujeitos, no meio de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou saúde”.

O presente projeto tem como objetivo primordial conhecer a perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família.

Deste modo, torna-se necessário assegurar que este meio é acessível, devendo-se obter colaboração e autorização indispensáveis dos mesmos. Posto isto, não se deve desvalorizar nunca o fato de ao investigar junto de pessoas, com pessoas e para as pessoas, questões éticas são colocadas em causa, pelo que se destina o capítulo seguinte à abordagem das mesmas.

2.2 - Tipo de estudo

No que concerne ao objetivo, este estudo é descritivo exploratório, uma vez que pretender explorar e descrever rigorosa e claramente a percepção dos enfermeiros face aos cuidados prestados pelo enfermeiro de família, sendo este um fenómeno pouco estudado do ponto de vista de significação, compreensão e interpretação. Quanto à dimensão temporal, este estudo é do tipo transversal, uma vez que a obtenção dos dados foi realizada num determinado momento. São estudos económicos, simples de organizar e fornecem dados imediatos e utilizáveis, contudo, têm um alcance mais limitado que os estudos longitudinais (Fortin, 2009). A investigação qualitativa possibilita a exploração do comportamento, das perspetivas e das experiências das pessoas em estudo.

Com este estudo pretende-se investigar a natureza complexa da percepção dos enfermeiros sobre a temática, bem como as dimensões e fatores relacionados com este fenómeno, por forma a esclarecer conceitos, descrever fenómenos existentes e categorizar a informação e contribuir para a diversificação bibliográfica da temática.

2.3 - População e amostra

É de conhecimento geral que em todo e qualquer estudo de investigação há a necessidade de definir uma população a estudar, e muitas vezes de proceder à seleção de participantes para que a recolha e tratamento de dados seja exequível.

Neste estudo, pela natureza do problema colocado, a população foi constituída pelas enfermeiras de uma USF que aí exercem funções. Optou-se pelo ACES de Gondomar pela proximidade geográfica, o que facilita a recolha de dados, assim como, pelo fato de ser o ACES onde a aluna realizou o estágio de Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária, o que lhe facultou um conhecimento prévio sobre as dúvidas da temática em estudo.

Os participantes devem constituir uma “fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população” (Fortin, 2009, p. 312), ou seja, as características inerentes à população devem estar representadas nos participantes.

Tal como é particular dos estudos qualitativos, pretende-se um número reduzido de participantes pois não se deseja extrapolar para o universo mas sim, compreender as experiências vividas e as perceções dos enfermeiros (Bogdan e Biklen, 1994).

Como se pretende uma descrição significativa do fenómeno proceder-se-á a uma amostragem intencional, através da qual, de acordo com determinado critério, é escolhido propositadamente um grupo de elementos que constituirão os participantes e posteriormente o pesquisador irá dirigir-se até eles por forma a recolher a sua opinião (Bogdan e Biklen, 1994).

Selecionar-se-ão apenas os enfermeiros que exercem funções a nível das unidades funcionais USF que aceitem participar no estudo, pois é nestas unidades que os cuidados à família são mais evidentes.

No presente estudo foram entrevistados 5 participantes cuja caracterização apresentamos no quadro nº1.

Género	Idade	Formação profissional	Anos de serviço em enfermagem	Anos nos cuidados de saúde primários
Feminino	47	Licenciatura	23	18
Feminino	35	Licenciatura	14	14
Feminino	30	Licenciatura	9	4
Feminino	31	Especialista em saúde Comunitária	8	8
Feminino	32	Licenciatura	7	7

Quadro 1 - Características socioprofissionais da amostra

2.4 - Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados, como etapa fundamental de um trabalho de investigação, depende do nível de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável, e dos instrumentos disponíveis (Fortin, 2009).

Na investigação qualitativa pode ser utilizada uma variedade de estratégias para recolha de dados. Neste estudo, a estratégia preferida pela investigadora foi a entrevista. (Anexo I) O tipo de entrevista selecionado para o estudo foi a semiestruturada, e de acordo com Fortin (2009), este é o método mais adequado quando se pretende conhecer as experiências e as perceções dos participantes. O instrumento de recolha de dados está organizado em duas partes: a primeira parte trata da caracterização socioprofissional que integra pontos-chave relativos ao entrevistado tais como, o sexo e a idade, a formação profissional, os anos de serviço na profissão de enfermagem, bem como os anos de serviço em cuidados de saúde primários; a segunda parte da entrevista semiestruturada, é constituída por questões abertas de orientação fazendo ressaltar os pontos de vista dos participantes e ter uma ideia mais precisa do que consiste a sua experiência. O investigador, antes da entrevista, deve informar o entrevistado sobre o interesse, a utilidade, o objetivo, as condições da mesma e o compromisso do anonimato. É também importante que na conversação o pesquisador demonstre motivação e credibilidade e que seja prudente.

Para se proceder à realização das entrevistas e após verificação da validação do instrumento, foram tidos em consideração alguns procedimentos: as entrevistas foram realizadas individualmente, em sala reservada e registadas sob o formato áudio (após previa autorização das entrevistadas), para posterior transcrição e análise de conteúdo. A escolha por este formato permitiu a diminuição de fontes de distração para o entrevistado.

2.4.1 - Pré- Teste

Segundo Fortin (1999), ... esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar a entrevista, resolver problemas e imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões.

O pré- teste foi realizado a dois enfermeiros de outra USF do ACES de Gondomar. As perguntas não suscitaram dúvidas pelo que não foram efetuadas alterações.

2.5 - Tratamento de dados

Sendo que na metodologia qualitativa, a recolha e o tratamento de dados é feita simultaneamente, de maneira a que possamos atingir a saturação dos dados.

O tratamento dos dados corresponde ao processo de pesquisa e de organização sistemática de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram acumulados, de maneira a ser possível a compreensão dos mesmos (Bogdan e Biklen, 1994).

Como a opção metodológica para a recolha de dados, foi a entrevista semiestruturada prevê-se encontrar uma grande variedade de dados e diversidade de discursos. Antecipando, assim, que haja alguma dificuldade no tratamento da informação, ou seja, quanto à forma de a ordenar e organizar.

Para dar resposta a essas dificuldades, a análise do conteúdo será a técnica mais adequada para o tratamento dos dados, pois esta vem no sentido de “sistematizar as ideias principais resultantes da descrição da experiência (...) a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência, referentes ao fenómeno em estudo” (Dias 2004, p.108).

Bardin (1977, p.38) diz que “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição dos conteúdos das mensagens”, declinando-se para uma vertente mais quantitativa ou qualitativa. Desta forma, na vertente quantitativa a importância reside no repetitivo (o número de vezes é critério), por sua vez, numa vertente qualitativa, como é o caso do nosso estudo, o importante é a novidade, o interesse e o valor de um tema.

A maioria dos procedimentos de análise de conteúdo organiza-se em redor de um processo de categorização (Bardin, 1977). Desta forma, a categorização surge como um processo estruturado e é constituída por duas etapas, sendo elas:

- Inventário: em que se isolam todos os elementos;

- Classificação: procede-se à repartição dos elementos, de maneira a atingir-se uma certa organização do conteúdo.

A elaboração das categorias pode ser feita à priori ou à posteriori ou através da combinação de ambos. Optou-se pela elaboração das categorias posteriormente para um tratamento dos dados mais adequados à prossecução dos nossos objetivos, sendo depois realizada a sua interpretação.

2.6 - Considerações Éticas

Dois anos após o final da Segunda Guerra Mundial, em 1947, dá-se um marco histórico na investigação aplicada ao Homem, com o processo e criação do Código de Nuremberga. Este código institui um conjunto de regras de conduta que qualquer investigador deve ter em consideração quando os sujeitos de investigação são seres humanos (Fortin, 2003). As regras instituídas pelo Código de Nuremberga visam respeitar as dimensões éticas da investigação e os valores de todos os envolvidos, não esquecendo os princípios fundamentais: do benefício, da justiça, do respeito pela dignidade e autonomia do indivíduo.

De acordo com Fortin (2003), qualquer estudo/investigação suscita o surgimento de questões morais e éticas, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdade dos indivíduos que participam no estudo.

As questões éticas são de extrema importância num estudo como este, pois implica o ser humano que deve ser respeitado e protegido, salvaguardando os seus direitos e liberdades. Por isso, existem princípios éticos que orientam a sociedade e que protegem aqueles que não se podem proteger a si mesmos.

Segundo Fortin (2009) existem sete princípios éticos, que são:

- O respeito pelo consentimento esclarecido- toda a pessoa tem o direito e a capacidade de decidir por ela própria. Resulta deste princípio que o sujeito selecionado tem o direito de decidir livremente, com todo o conhecimento de causa de participar ou não participar num estudo;
- O respeito pelos grupos vulneráveis – impõe o respeito pelo direito das pessoas ou dos grupos vulneráveis, exigindo a ausência de qualquer mau

tratamento ou de qualquer discriminação a uma atitude de beneficência da parte dos investigadores;

- O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais- envolve o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade;
- O respeito pela justiça e pela equidade- o investigador reparte equitativamente os benefícios e os inconvenientes da investigação em todos os participantes;
- O equilíbrio entre vantagens e inconvenientes- princípio que obriga o investigador a respeitar cuidadosamente os riscos que fará correr aos participantes e a calcular os benefícios que eles poderão retirar para eles próprios;
- A redução dos inconvenientes – princípio que visa suprimir ou limitar os inconvenientes que a investigação possa apresentar para os participantes, correspondendo ao princípio da não maleficência, pois os investigadores devem evitar expor os participantes a inconvenientes;
- A otimização das vantagens- este princípio corresponde ao da beneficência, que consiste em querer o bem das pessoas, uma vez que as vantagens previstas devem compensar largamente os riscos;

Neste sentido, num primeiro contato, foram tidos em conta todos os princípios éticos e os participantes foram informados dos objetivos do estudo e foi apurada a sua volição e disponibilidade para participar, sendo que aos que responderam positivamente, foi entregue um formulário de consentimento informado (Anexo II). Nesse formulário foi explicado aos participantes o caráter confidencial de todos os dados e a possibilidade de desistir da participação no trabalho em qualquer momento.

De acordo com Polit et. al (2002), o consentimento informado significa que os participantes possuem “informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação” (Polit et al., cit. por Streubert, 2002).

III- Fase Empírica

Para Fortin (2009) a fase empírica é uma etapa que inclui a colheita de dados e o seu tratamento e apresentação: passando-se depois para a apresentação, leitura e análise dos dados recolhidos.

A análise e a interpretação dos dados seguiram um sistema categorial definido, e as subcategorias e os dados foram analisados categoria a categoria de acordo com os sujeitos entrevistados e tendo por base as tabelas de análise referidas.

3.1 - Apresentação e análise dos dados

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas e efetuaram-se varias leituras no sentido de emergirem as categorias e subcategorias, que apresentamos no Quadro nº2

Categoria	Subcategoria
Ser Responsável por	Acompanhar o utente
Formação especializada	Saúde Comunitária
Prestação de cuidados globais e holísticos	
Trabalho em equipa	Bom ambiente
Insuficiência de recursos	Falta de recursos humanos e materiais
Enfermeiro como referencia	
Promoção da saúde	

Quadro 2 - Categorias e subcategorias das unidades de registo

Apresentamos em seguida os quadros com cada uma das categorias, subcategorias e unidades de registo.

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Ser responsável por	Acompanhar o utente	<p>“...ser enfermeiro de família é prestar cuidados...” (E1)</p> <p>“...é responsável por toda a família...” (E2)</p> <p>“... é responsável pela prestação de serviços na comunidade...” (E2)</p> <p>“...é ter em conta não só o individuo...” (E3)</p> <p>“... é acompanhar o utente ao longo do seu ciclo de vida...” (E4)</p> <p>“... acompanhar o utente desde o seu nascimento até á sua morte...” (E5)</p>

Quadro 3- Apresentação das unidades de registo para a categoria ser responsável por.

Para a maioria dos Enfermeiros entrevistados o Enfermeiro de Família é responsável por prestar cuidados a toda a família e acompanhar o utente ao longo do seu ciclo de vida.

De acordo com a OMS (2002), o conceito de enfermagem de família traduz uma combinação particular de vários elementos, em que a família é o foco principal, em que os membros devem contribuir para uma família saudável. Traça como objetivo para a enfermagem de família, apoiar os indivíduos e família a identificarem estratégias de coping para lidarem com a incapacidade e doença crónicas, bem como períodos de stresse ou de maior vulnerabilidade, passando grande parte do tempo a trabalhar com os utentes nas suas casas, com as famílias. Para além disto, os enfermeiros de família poderão também aconselhar as famílias no que concerne aos estilos de vida e comportamentos de risco, e ainda auxiliar em todas as questões relativas à saúde, através da deteção precoce de problemas.

Desde sempre que os enfermeiros consideram que as respostas em cuidados de saúde serão mais adequadas se se tiver em conta a família como um todo, ou seja, se toda a

unidade familiar for tida como alvo do processo de cuidados, qualquer que seja a intervenção em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Os Enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele está integrado, para que os cidadãos mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tao rapidamente quanto possível (Ordem dos Enfermeiros,2012).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Formação especializada	Saúde comunitária	<p>“... especialidade de saúde comunitária...” (E1)</p> <p>“...enfermagem de comunitária ...” (E2)</p> <p>“... especialidade em enfermagem comunitária...” (E3)</p> <p>“... pelo o menos um curso...” (E4)</p> <p>“ ... mestrado direcionado que é enfermagem de saúde de cuidados comunitários...” (E5)</p> <p>“...a especialidade de Saúde Comunitária visto que é uma especialidade que está mais vocacionada para...para a família e para os cuidados na comunidade”. (E5)</p>

Quadro 3 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Formação especializada

Quando questionados sobre qual o nível de formação que deve ter o Enfermeiro de Família os Enfermeiros respondem que deve possuir formação especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária o que nos leva a concluir que a maioria dos entrevistados não tem uma clara concetualização de quais são as competências do enfermeiro de família tal como são descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010).

A formação em Enfermagem de Família está centralizado no segundo e terceiro ciclos do ensino superior, que correspondem à graduação de especialista, mestre ou doutorado. A nível do primeiro ciclo que corresponde à licenciatura, verifica-se que o ensino destes conteúdos é amplamente negligenciado e heterogéneo, sendo que em muitas escolas do país é mesmo inexistente (Figueiredo, 2009; Santos, 2012).

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Tendo por base o seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Deste modo, intervém em múltiplos contextos assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Prestação de cuidados globais e holísticos		<p>“...<i>Competências de aconselhamento, de prevenção a vários níveis...</i>” (E1)</p> <p>“... <i>tem de não só olhar para o individuo, tem de olhar também para aqueles que o rodeiam...</i>” (E3)</p> <p>“...<i>Prestação de cuidados globais e holísticos ao utente e sua família...</i>” (E4)</p>

Quadro 4 - apresentação das unidades de registo para a categoria Prestação de cuidados globais e holísticos

Quando questionados sobre as competências do Enfermeiro do Família os Enfermeiros referem a prestação de Cuidados globais e holísticos.

O enfermeiro de família, de acordo com a OMS, 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. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares. Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garantia da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efetuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias. Em síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem, na saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais (ESEP, 2009).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Trabalho em equipa	Bom ambiente	<p><i>“... ser uma equipa coesa... “ (E1)</i></p> <p><i>“... um bom ambiente de trabalho e de equipa... “ (E2)</i></p> <p><i>“... a possibilidade de nos prestarmos cuidados não só na unidade de saúde mas também no meio...” (E3)</i></p> <p><i>Ser uma equipa de interajuda e interligação.</i></p>

Quadro 5 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Trabalho em equipa

Os Enfermeiros valorizam o trabalho em equipa como um fator que favorece a implementação do Enfermeiro de Família.

Segundo Robbins (2002), "as equipas são capazes de melhorar o desempenho dos indivíduos quando a tarefa requer múltiplas habilidades, julgamentos e experiência". Esta vantagem só ocorre pelo fato de uma equipa ser mais flexível e ter maior capacidade de adaptação.

De acordo com o artigo 91º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro como membro da Equipa de saúde, assume o dever de:

- Atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;
- Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;
- Integrar a Equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.

Também a Reforma dos CSP (2005) privilegia o trabalho em equipa. As unidades são multiprofissionais, embora numas predominem os conhecimentos e práticas de medicina geral e familiar como nas USF, e noutras valorizam-se os conhecimentos e práticas de saúde e de enfermagem comunitária, caso das UCC, ou da teoria e práticas de saúde pública nas suas diversas vertentes e competências profissionais. O que é valorizado é o fato de todas servirem os utentes, os doentes e a comunidade, e não afirmar este ou outro grupo profissional (Branco e Ramos, 2001)

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Insuficiência de recursos	Falta de recursos humanos e materiais	<p>“... falta de pessoal de enfermagem...” (E1)</p> <p>“... principalmente de enfermeiros...” (E2)</p> <p>“... falta de pessoal...” (E4)</p> <p>“... mais tempo e mais disponibilidade...” (E4)</p> <p>“... ainda temos centros de saúde que ainda não estão adequados a nível de estrutura...” (E5)</p> <p>“... também nos recursos humanos que são insuficientes neste momento...” (E5)</p> <p>“... falta de organização nos serviços...” (E4)</p>

Quadro 6 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Insuficiência de Recursos

Quando desafiados a pronunciar-se sobre os fatores que dificultam a implementação da metodologia do Enfermeiro de Família os Enfermeiros apontam a insuficiência de recursos nomeadamente a falta de Enfermeiros como o principal obstáculo.

É uma realidade permanente, os sistemas de saúde a nível mundial são cada vez mais desafiados- deparam-se com uma gama crescente de necessidades de saúde e restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços para fortalecer as infraestruturas e forças de trabalho do setor da saúde.

No contexto da saúde, os CSP são considerados a base de todo o sistema de saúde, com princípios definidos que tenham aplicabilidade na prática de cuidados de saúde, particularmente ao nível da prestação de cuidados, visto que estes têm que estar mais orientados para a comunidade, maior flexibilidade na sua gestão de organização, desburocratização, implementação do trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua de qualidade, contratualização e avaliação dos objetivos e indicadores de cada unidade de saúde, são fundamentais para o melhor nível

de funcionamento do sistema. Tendo em conta estas reais necessidades, era fundamental investir nos CSP, a nível de recursos humanos, infraestruturas, recursos materiais, educação, formação dos profissionais, investigação e melhoria da qualidade.

Apenas com este investimento seria possível adequar uma resposta aos problemas de saúde da população, com imparcialidade e equidade no acesso e na prestação de cuidados e que fosse sustentada numa atuação legislativa, política e social para gerir estas mudanças (OPSS, 2008).

A atual carência de enfermeiros está minar os objetivos dos sistemas de saúde a nível global e a desafiar a capacidade de satisfazer as necessidades dos cidadãos (Ambientes favoráveis a pratica, OE, 2007).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Enfermeiro como referência		<p><i>“... promoção de saúde no futuro...” (E2)</i></p> <p><i>“... na área preventiva podíamos fazer muito mais e melhor...” (E4)</i></p> <p><i>acho que os nossos utentes já começam realmente a ter uma referência do seu enfermeiro de família”. (E4)</i></p> <p><i>“.....É a base e o pilar de todos os cuidados de saúde”.(E2)</i></p>

Quadro 7 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Enfermeiro como referencia

Os Enfermeiros assumem que os utentes os vêem como uma referência no contato com os Serviços de saúde.

A Saúde 21, aprovada pelo comité regional da OMS em 1998, constitui-se como o quadro concetual da política para todos da Europa. Estabelece 21 metas que permitem a cada estado membro desenvolver as suas próprias políticas e estratégias de saúde, através da articulação com as políticas regionais. Destas 21 metas, a meta 15 realça a

importância da enfermagem de família, afirmando que o enfermeiro de família deve ser o elemento de referência para as famílias que procuram um primeiro contato nos cuidados de saúde. Tendo em vista a concretização das 21 metas, a meta 18 previa que no ano de 2010 “todos os estados membros deverão ter garantido que os profissionais de saúde e os profissionais de outros setores adquiram conhecimentos adequados, atitudes e capacidades para proteger e promover a saúde” (OMS, 2002, p.26), enfatizando o papel central da medicina e enfermagem no amadurecimento dos CSP.

A Saúde XXI enquanto quadro conceitual das políticas de saúde para todos para a Região Europeia da OMS, reforça a importância da contribuição da enfermagem e especial ênfase é colocada no enfermeiro de família, como detentor de um papel ao longo de todo o *continuum* de cuidados, desde o nascimento até à morte, incluindo a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais de vida, e de agente facilitador para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde

O enfermeiro de família, fundamentado no conceito da OMS, no nosso país, 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. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família. É gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares.

Assume-se como elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, como garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde, e mais especificamente, aos de enfermagem e como um importante recurso para os cuidados de proximidade, disponibilizando cuidados de enfermagem em tempo útil, efetuando o conhecimento da situação de saúde e dos processos de vida, relativamente ao seu grupo de famílias. Em síntese os enfermeiros de família prestam cuidados de enfermagem, na

saúde e na doença, com ênfase nas respostas da família a problemas de saúde reais e potenciais (ESEP, 2009).

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Promoção da saúde		<p>“... é prestar cuidados ao individuo... tanto a nível de prevenção como de tratamento...” (E1)</p> <p>“... para que haja uma promoção de saúde no futuro e menos incidência de doenças...” (E2)</p> <p>“... para retirar duvidas, para vir buscar a pilula, para vir fazer os tratamentos... E acho que na área preventiva nós temos muito a fazer... na área preventiva podíamos fazer muito mais e melhor...” (E4)</p> <p>“... todas as formações que estejam direcionadas para a educação para a saúde para a promoção de saúde...” (E5)</p>

Quadro 8 - Apresentação das unidades de registo para a categoria Promoção da saúde

A promoção da saúde é apontada pelos Enfermeiros como o vetor principal a desenvolver no seu trabalho.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a promoção da saúde como sendo o processo de capacitar as pessoas para aumentar o seu controlo sobre os fatores determinantes da saúde e, por conseguinte, melhorem a sua saúde. A promoção de saúde inclui estratégias que permitem que às populações serem saudáveis e capacita-as para fazerem escolhas saudáveis. A promoção da saúde é feita com as pessoas e não sobre ou para as pessoas. Melhora a capacidade de os indivíduos agirem para a sua própria saúde

e a capacidade dos grupos, organizações ou comunidades influenciarem os fatores determinantes da saúde.

O processo de promoção da saúde proporciona apoio para que as populações se tornem agentes da sua própria saúde, através das suas próprias ações e escolhas. Devido aos múltiplos fatores determinantes da saúde, a promoção da saúde requer a colaboração entre a comunidade, os profissionais de saúde e outros setores.

A promoção da saúde é um processo dinâmico que tem como alvo capacitar as pessoas para terem controlo sobre a sua saúde. Ao lidarem com os múltiplos determinantes da saúde e ao reduzirem os obstáculos, os enfermeiros podem fazer a diferença na saúde e no bem-estar das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2000).

Os enfermeiros de família poderão também aconselhar as famílias no que concerne aos estilos de vida e comportamentos de risco, e ainda auxiliar em todas as questões relativas à saúde, através da deteção precoce de problemas. Estes profissionais de enfermagem de família têm os conhecimentos necessários sobre saúde pública e problemas sociais para poderem reconhecer a influência dos fatores socioeconómicos na saúde da família, e assim encaminhá-la, se necessário, para as entidades competentes. Podem contribuir para a redução do tempo de internamento de um membro da família prestando cuidados domiciliários, e ainda ser o elo de ligação entre a família e o médico que os acompanha, substituindo-o quando as necessidades identificadas são mais relevantes para a enfermagem (OMS, 2002).

A ideia de uma «enfermagem comunitária» centrada no trabalho com as famílias já vem de há muito a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em cuidados de saúde primários, mas recebeu novo impulso na recente Conferência Europeia de Munique (2000). Trata-se de uma prática centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade (Correia, Cristina, 2001 et al).

Em cuidados de saúde primários, a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados

aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade (Correia, cristina, 2001 et al).

“O enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos técnico-científicos na definição de diagnósticos de situação, no estabelecimento de planos de ação atendendo às políticas de saúde e sociais, bem como os recursos disponíveis no contexto em que está inserido. O enfermeiro no âmbito da educação para a saúde, dota os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde”. (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

3.2 - Discussão de Resultados

Pretende-se neste capítulo, refletir sobre os resultados considerados mais significativos do estudo, principalmente aqueles que vão dar resposta às questões de investigação. Procura-se relacionar os resultados obtidos e a fundamentação teórica apresentada ao longo do trabalho, bem como tirar ilações deste estudo.

De modo a retirar uma conclusão dos resultados e das implicações que dele decorrem, Fortin (1999, p.329) refere que: “o investigador é levado a comparar, a constatar os resultados e a servir-se a teoria, dos trabalhos de investigação que tratam do mesmo fenómeno e da prática profissional para fazer inferências”.

Em relação aos resultados esperados, esta investigação procurou analisar a Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família.

Uma das primeiras perceções que os enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia de Enfermagem de Família mostraram foi que a Enfermagem de Família é acompanhar o utente no seu ciclo de vida.

Segundo (Figueiredo, 2009) são diversos os termos propostos para a Enfermagem de Família, nomeadamente “Enfermagem de promoção da saúde familiar”, “Enfermagem de cuidados de saúde às famílias”, “Enfermagem familiar”, “Enfermagem dos sistemas familiares” e ainda “Enfermagem comunitária centrada na família’. O termo mais consensual e aquele que parece traduzir com maior exatidão os pressupostos dos cuidados de enfermagem à família é ‘Enfermagem de Família’, sendo que este será o utilizado no decorrer deste projeto de investigação.

Segundo a (OMS, 2000) o enfermeiro de família deve ter um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde, resolução dos problemas e reconhecimento de fatores que interferem e que prejudicam ou não o seio familiar.

Para os Enfermeiros que constituem a nossa amostra o Enfermeiro de Família deve possuir formação especializada em Enfermagem de Saúde Comunitária o que nos leva a concluir que a maioria dos entrevistados não tem uma clara conceitualização de quais são as competências do enfermeiro de família tal como são descritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010).

O enfermeiro de família, de acordo com a OMS, 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 Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desenvolvem uma prática globalizante centrada na comunidade (OE 2010).

Os Enfermeiros valorizam as competências da prestação de Cuidados globais e holísticos aos utentes, o que vai de encontro ao preconizado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro de Saúde Familiar publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2010.

Valorizam o trabalho em equipa que é referido como fator determinante para a implementação da metodologia do Enfermeiro de família. Como fator que dificulta a implementação assinalam a falta de recursos humanos e a debilidade das estruturas físicas e de apoio.

Os Enfermeiros consideram que são uma referência para os cidadãos no acesso aos cuidados de saúde e que a promoção da saúde é um eixo central no trabalho que desenvolvem. Para a Ordem dos Enfermeiros, (2000) a promoção da saúde é um processo dinâmico que tem como alvo capacitar as pessoas para terem controlo sobre a sua saúde. Ao lidarem com os múltiplos determinantes da saúde e ao reduzirem os obstáculos, os enfermeiros podem fazer a diferença na saúde e no bem-estar das pessoas (Ordem dos Enfermeiros,2000).

IV - Conclusão

Um projeto de investigação compreende um elevado esforço e um largo caminho a percorrer, desde a fase inicial, em que surgem as primeiras ideias e reflexões sobre o tema em estudo até a fase da apresentação do trabalho elaborado.

Foi percorrido um longo caminho, que não foi fácil mas tentei empenhar-me ao máximo sempre com o objetivo que esta investigação pudesse trazer uma mais-valia na minha evolução de conhecimentos enquanto aluna e enquanto futura profissional de enfermagem visto que esta área me suscita bastante interesse.

Este projeto de investigação teve por objeto de estudo a perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES de Gondomar sobre a metodologia da Enfermagem de Família, procurando-se averiguar e conhecer os seus conhecimentos sobre esta temática, visto que a Enfermagem de Família, considerada uma área recente em Portugal ainda não é bem compreendida, ou pelo menos não de forma consensual pelos enfermeiros que diariamente trabalham com as famílias, sendo que muitos destes são chamados de enfermeiros de família, embora não tenham qualquer tipo de formação específica.

Na elaboração deste projeto de investigação foram detetadas algumas dificuldades e limitações que importa explicar. Uma delas diz respeito ao fato de só agora começarem a ser publicados os primeiros estudos sobre este tema no nosso país o que tornou mais morosa a pesquisa bibliográfica. Outra das dificuldades encontradas centrou-se no fato de não termos conseguido respostas mais esclarecedoras por parte das enfermeiras entrevistadas que não se alongavam muito nas respostas dadas fator para o qual também contribuiu a minha inexperiência como investigadora pois entendo que se tivesse mais experiencia conseguiria que falassem e expusessem de forma mais clara as suas ideias.

As conclusões que ressaltam deste projeto é que a metodologia da Enfermagem de Família ainda não é bem compreendida pelas enfermeiras que trabalham numa das USF do ACES de Gondomar dado entenderem a metodologia científica da Enfermagem de Família como algo não muito necessário mas em contrapartida valorizam muito o estarem atentas e voltadas para o cuidar da pessoa e não da família.

Entendo, no entanto, que há um largo caminho a fazer e que com o tempo e empenho de todos chegaremos a alcançar o objetivo de cada família ter o seu Enfermeiro.

Referencias Bibliográficas

- Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). Investigação qualitativa em educação. Porto: Porto Editora.
- Branco e Ramos. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. Acedido em 2 de Junho de 2015

<https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>
- Caldeira, P., Ferreira, A. (2007). Psicologia Cognitiva, Editora Clinepsi, p.66.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Correia, cristina, 2001 et al, os enfermeiros em cuidados de saúde primários. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, 2001. Acedido em 20 de Maio de 2015

<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>
- Diário da República, 196, I Série, Decreto de Lei n.º 157/2005, de 12 de Outubro. Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários.
- Diário da Republica, 161, I Serie, Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de agosto. Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

- Diário da República, 38, I Série, Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
- Diário da República – I Série – A, (2009), Decreto - Lei nº 111/09 de 16 de Setembro, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Portugal: Ministério da Saúde.
- Diário da República, 149, I Série, Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de Agosto. Implementação da atividade do Enfermeiro de Família.
- Dias, J. M. (2004). Formadores que desempenho. Loures: Lusociência.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2009). Da investigação à prática de enfermagem de família. Acedido em 26 de fevereiro, 2015

http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.verficheiro?fich=F2042243075/%Bebook%5D%20Enfermagem%20de%20Familia7.pdf
- Figueiredo, M. H. J. S. (2009). Enfermagem de família: Um contexto do cuidar. Acedido em 28 de fevereiro, 2015

<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Familia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>
- Figueiredo, M., & Martins, M. (2009). Avaliação familiar: Do modelo de Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. São Paulo: Revista Escola Enfermagem.
- Fortin, M. F, Grenier. R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In Fortin, M. F., O processo de investigação, da concepção à realização, Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (1999). O Processo de investigação – Da concepção à realização. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

- Gil, A. (1995). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. (2002). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas.
- Hanson, S. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação. Camarate: Lusociência.
- Infopédia. (2003-2013). Perceção. Acedido em 20 de Março, 2015
<http://www.infopedia.pt/pesquisa-global/perce%C3%A7%C3%A3o>
- Jimenez, M. (1997). A Psicologia da Percepção, Biblioteca Básica de Ciência e Cultura, p.10-p.12.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2001). Fundamentos de metodologia científica. São Paulo: Atlas.
- Martin, P., Duffy, T., Johnston, B., Banks, P., Karkess-Murphy, E., & Martin, C. R. (2013). Family health nursing: A response to the global health challenges. Journal of Family Nursing. 19 (1). Acedido em 7 de março, 2015
<http://jfn.sagepub.com/content/19/1/99>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. Pensar Enfermagem, 12 (2), 62-66.
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (Abril de 2007). Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: Plano Estratégico 2007-2009. Acedido em 19 de maio, 2015
http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Estrategia_Cuidados_Sau_de_Primarios.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2008). Riscos e incertezas - Relatório de Primavera. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros. (2000). Promoção da Saúde o CIE e a mobilização dos enfermeiros para a promoção da saúde. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (2007). Ambientes favoráveis a prática. Lisboa. Acedido em 15 de Março de 2015

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar. Lisboa. Acedido em 15 de Março de 2015

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Parecer CE nº12/20012, Realização de ECG pelos Enfermeiros. Lisboa. Acedido em 25 de Maio de 2015

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_2012_CE.pdf

- Organização Mundial De Saúde. (2002). Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS. Loures: Lusociência.
- Organization Mondiale de la Santé. (2000). L’infirmiere de famille, contexte, cadre conceptuel Et programme d’études. Acedido em 26 de fevereiro, 2015

http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-frn-t06.pdf

- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). Investigación científica en ciencias de la salud. México: McGraw-Hill, cop.

- Robbins, S. Comportamento Organizacional. 9. Ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
Acedido em 30 de Maio de 2015,
<http://www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/sistema/resultado/trabalhospdf/305.pdf>
- Santos, M. L. V. A. (2012). Abordagem sistémica do cuidado à família: Impacto no desempenho profissional do enfermeiro. Acedido em 28 de fevereiro, 2015
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6979/1/ulsd_re1182_td.pdf
- Streubert, H; Carpenter, H. – Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista, 2ª ed. Loures: Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2002.
- Universidade Fernando Pessoa. Manual de estilo de elaboração de Monografias. Porto. Acedido em 15 de Março de 2015
<http://www.ufp.pt>
- Wright, M. L. & Leahey M. (2009). Nurses and families: A guide to family assessment and intervention. Filadélfia: F.A. Davis Company.

Anexos

PARTE I - CARACTERÍSTICAS SOCIOPROFISSIONAIS

Complete ou assinale com um X as respostas que correspondem à sua situação.

1. **Sexo:** Masculino Feminino
2. **Idade:** _____ anos.
3. **Formação profissional:** _____
4. **Anos de serviço na profissão de Enfermagem:** _____
5. **Anos de serviço em Cuidados de Saúde Primários:** _____

PARTE II – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- Defina por palavras suas o que é a Enfermagem de Família.

- Descreva que nível formativo/profissional deve ter o enfermeiro que presta cuidados de Enfermagem de Família.

- No seu entender quais as principais competências do Enfermeiro de Família.

- Tendo em conta a sua experiência profissional, que fatores considera que facilitam a implementação da Enfermagem de Família?

-
-
- Tendo em conta a sua experiência profissional, que fatores considera que dificultam a implementação da Enfermagem de Família?

-
-
- De 1 a 5 para si qual o nível de importância do papel do Enfermagem de Família?
-
-

Consentimento Livre e Esclarecido

Sou uma aluna do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, que se encontra a desenvolver um Projeto de Graduação e Investigação em Enfermagem, no âmbito de uma das Unidades Curriculares do Curso.

Venho por este meio, fornecer informação acerca do Projeto que me encontro a desenvolver, para que decida livremente se quer participar, consciente dos seus direitos.

Este estudo pretende investigar “A Perceção dos enfermeiros de uma USF do ACES Gondomar sobre a metodologia da Enfermagem de Família”.

A colheita de dados será realizada por mim, através de uma entrevista áudio gravada.

Toda a informação será mantida em sigilo, bem como a sua identidade.

Os dados são confidenciais.

No sentido de participar neste estudo, estou ciente de que:

- A sua participação é voluntária e a sua recusa não implicará qualquer prejuízo para si no meu acesso aos cuidados de saúde;
- As informações que fornecer apenas serão utilizadas em trabalhos científicos, e a sua identidade será sempre preservada;
- É livre de desistir da participação no trabalho em qualquer momento;

Assim, eu, _____ (nome)
aceito participar neste estudo, ciente de que a minha participação é voluntária e estou livre para desistir de colaborar em qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Investigador

Participante

(Autorizo a gravação da entrevista em áudio)

Data
